

福岡県保健医療介護部健康増進課 宛て

## ふくおか健康ポイントアプリ特典協力店登録変更届

令和 年 月 日

企業・団体名		
店舗名		
代表者名		
担当部署・担当者名		
連絡先 (電話番号・FAX)	TEL :	FAX :
連絡先 (E-mail アドレス)		

以下のとおり登録内容の変更を届け出ます。

## 変更前の内容

--



## 変更後の内容

--

※変更を希望する事項について、変更前と変更後の情報をご記入ください。内容を確認した後、ふくおか健康ポイントアプリ