

令和8年度 かみす健康マイレージ 応募用紙

必要事項をご記入の上、ミシン目より切り取り
投函または郵送してください。

フリガナ	生年月日（年齢は令和9年3月31日までに到達する年齢です）	性別
お名前	西 暦 年 月 日 （ 歳 ）	男・女
ご住所（〒 ）	電話番号（日中連絡の取れる電話番号を記入してください）	
神栖市		

目標1 健康診断を受診する	受診日：令和 年 月
	[健診の種類]（○で囲んでください） 住民健診・医療機関・職場健診・ドック健診
目標2 がん検診を1つ以上受診する	受診日：令和 年 月
	[健診の種類] 胃・大腸・肺・乳・子宮・前立腺・その他（ ）
目標3 歯の検診を受診する	受診日：令和 年 月
	[受診機関]
目標4 健康づくりに関する事業などに 1回以上参加する	受診日：令和 年 月
	[参加した事業名]
目標5 個人の健康目標を立てて 3か月以上取り組む	目標達成期間：令和8年2月16日～令和9年2月12日
	[個人目標の内容]

※応募は一人につき1回まで ※達成した目標が3つ以上無いものは無効となります

アンケート

あてはまる項目をチェックしてください(複数可)

・かみす健康マイレージ事業を知ったきっかけはなんですか？

- ☐チラシ・ポスター ☐市ホームページ ☐家族や知人の紹介 ☐市の広報紙
☐検診等で勧められて ☐毎年、応募している ☐その他（ ）

・かみす健康マイレージ事業をやってみようと思ったのはなぜですか？

- ☐健康に関心があるから ☐健康のために何かしようと思ったから ☐人から勧められたから
☐景品が欲しかったから ☐毎年、応募している ☐その他（ ）

・かみす健康マイレージ事業に参加したことで、健康意識は変わりましたか？

- ☐はい ☐いいえ ☐どちらでもない

・今後も健康づくりの取り組みを継続しますか？

- ☐はい ☐いいえ

ご協力ありがとうございました。
神栖市役所 健康増進課