**太陽生命クアオルト®健康ウオーキングアワード2025**

**広域連携体制応募申込書**

**１. 連携自治体一覧**

以下に、広域連携に参加する自治体の情報を記入してください。

※記入欄が不足する場合は入力欄を増やしてください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 自治体名 | 担当部署 | 担当者氏名 | 電話番号 | メールアドレス |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**２. 連絡代表者情報**

本応募に関する代表窓口となる自治体および担当者の情報を以下に記載してください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 代表自治体名 | 担当部署 | 担当者氏名 | 電話番号 | メールアドレス |
|  |  |  |  |  |

**３. 広域連携体制の概要**

本事業における広域連携体制の概要を以下に記載してください。

・どのような経緯で連携に至ったか

・連携の目的、意義、期待される効果

**４.その他特記事項**

補足すべき点などがあればご記入ください。