

事業所訪問保健指導申込書

※ この申込書は郵送のほかFAX（03－3833－3235）でもお受けしています。

保 険 証 記 号					
事 業 所 名					
事 業 所 所 在 地					
担 当 者 名（ 部 署 ）					
連 絡 先		(TEL)		(FAX)	
実施希望日時 (参加予定人員)	第一希望	年	月	日 ()	時 分 ～ 時 分 名
	第二希望	年	月	日 ()	時 分 ～ 時 分 名
	第三希望	年	月	日 ()	時 分 ～ 時 分 名
実 施 場 所					
保健指導に当っての 要望事項					
その他 (実施場所の設備)		パワーポイントを使用します。(PCは健保組合持参) スクリーン (あり なし) プロジェクター (あり なし) マイク (あり なし)			

上記のとおり訪問保健指導を申し込みます。

平成 年 月 日

東京薬業健康保険組合

健康開発センター 保健指導課

行