事業所訪問保健指導申込書

事業所記号				
事業所名				
担当者	部署		お名前	
	☎		FAX	
	E-mail			
希望する指導内容				
希望日時及び参加予定人数	第1希望	年　月　日（　）	時　分～　時　分	名
	第2希望	年　月　日（　）	時　分～　時　分	名
	第3希望	年　月　日（　）	時　分～　時　分	名
希望する実施方法		□ 対面式 □ リモート（Zoom ・ Teams）		

実施場所について ※リモート希望の方は、記載不要です。	会場名			
	所在地	〒		
	☎		FAX	
	設備等	対面式で実施の際にパワーポイントを使用します スクリーン　□ 有 □ 無　プロジェクター　□ 有　□ 無 HDMI接続　□ 可 □ 不可　マイク　□ 有　□ 無		

〔申込先〕
FAX　03（3833）3235
〒110-0015　東京都台東区東上野1-27-2
東薬健保健康開発センター　保健指導課
hokenshido-shido@toyaku-kenpo.or.jp
〔問合せ先〕　03（3833）3274

≪お申込みにあたっての注意点≫

●【対面式】は、健康開発センター（東京都台東区東上野）から日帰りできる地域となります。
●実施日時や人数により、ご相談のうえ調整させていただく場合があります。
●実施希望日の**２ヵ月前**を目途にお申込み下さい。