事業所訪問保健指導申込書

保険証記号		9999		
事業所名		東薬　株式会社		
担当者	部署	健康課	お名前	薬業　太郎
	☎	〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇	FAX	〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
	E-mail	hokenshido-shido@toyaku-kenpo.or.jp		
希望する指導内容		例） 生活習慣病の予防改善 食事のバランス ストレッチ		
希望日時及び参加予定人数	第1希望	6年　6月　5日（水）	13時　30分～14時　00分	30名
	第2希望	6年　6月　12日（水）	14時　00分～15時　00分	30名
	第3希望	6年　6月　14日（金）	14時　00分～15時　00分	30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
健康開発センター　保健指導課
hokenshido-shido@toyaku-kenpo.or.jp
〔問合せ〕　03（3833）3274

上記のとおり【事業所訪問保健指導】を申し込みます。

令和　6年　4月　25日

東京薬業健康保険組合　宛

≪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。
●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。
●希望日の２ヵ月前を目途にお申込み下さい。