

事業所訪問保健指導申込書

保 険 証 記 号					
事 業 所 名					
担 当 者	部 署			お 名 前	
	☎			F A X	
	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		<input type="checkbox"/> 対面式 <input type="checkbox"/> リモート (Zoom・Teams・その他：) <input type="checkbox"/> その他 ()			
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	〒			
	☎			F A X	
	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 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 プロジェクター <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 HDMI接続 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 マイク <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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 年 月 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。
- 日時や人数によっては、ご相談のうえ調整させていただく場合があります。