

事業所訪問保健指導申込書

※この申込書はFAX（03-3833-3235）のほか郵送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)	
		(メールアドレス)		
実施希望日時 及び 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				
保健指導に当たっての 要望事項				
その他 (実施場所の設備)		パソコンを使用します。(PCは健保組合持参) ○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)		

上記のとおり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
健康開発センター 保健指導課