

特定保健指導・健康相談申込書

※この申込書は郵送のほかFAX（0545-53-1666）でもお受けしています。

被保険者証	記号 番号								
事業所名									
担当者氏名 (連絡調整窓口)									
電話番号									
実施希望日時 ※詳細な日時については、後日電話で調整させていただきます。	第一希望	年	月	日 ()	時	分	～	時	分
	第二希望	年	月	日 ()	時	分	～	時	分
	第三希望	年	月	日 ()	時	分	～	時	分
実施希望場所 ※該当する箇所を○で囲んでください。		事業所内 ・ 当健康保険組合事務所							
その他保健指導に関する要望事項									

上記のとおり健康相談・保健指導を申込みます。

令和 年 月 日

製紙工業健康保険組合
健康管理課 行