

# 特定保健指導申込書

事業所名 \_\_\_\_\_

担当者名 \_\_\_\_\_ 様

電話番号 \_\_\_\_\_

FAX番号 \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

FAXにてお申込みいただきますと、1～3週間程度で保健指導委託業者(SOMPOヘルスサポート(株))より、担当者様宛に日程調整等の連絡をさせていただきます。

## 1. 対象者申込み



- ・日程調整の都合上、希望日は1か月先程度から設定してください。
- ・4名以下の場合は午前か午後どちらかにまとめてください。

- ・対象者の氏名のみご記入ください。
- ・日時は委託業者と調整の上、決定いたします。

日程	第一希望	令和	年	月	日
	第二希望	令和	年	月	日
	第三希望	令和	年	月	日
	時間割		対象者氏名		
1	開始	9:30			
	終了	10:00			
2	開始	10:10			
	終了	10:40			
3	開始	10:50			
	終了	11:20			
4	開始	11:30			
	終了	12:00			
休					
5	開始	13:00			
	終了	13:30			
6	開始	13:40			
	終了	14:10			
7	開始	14:20			
	終了	14:50			
8	開始	15:00			
	終了	15:30			

対象者氏名

◆その他 要望等ありましたらご記入ください◆


## 2. 面談会場

(会場場所) \_\_\_\_\_

〒

(会場住所) \_\_\_\_\_

※会議室、応接室、食堂など、個人のプライバシーが確保できる場所を設定してください。

関東めっき健康保険組合  
FAX 03-3813-5363