

健康づくり促進事業

健康管理指導講座申込書

受付  
番号

受講希望 年月日	第1希望 平成 年 月 日 ( 曜日)	受講希望 時間	午前・午後 時 分から
	第2希望 平成 年 月 日 ( 曜日)		午前・午後 時 分まで
受講希望 種目	1. 保健師による講話 2. 栄養士による講話 3. 体育専門家による講話 (運動指導士)	受講希望 内容	特に講話のテーマがあれば記入して 下さい。 (例えば、栄養、食生活、身体活動、運動等)
受講場所	_____ (会議室・休憩室等具体的に 記入をお願いします。)	受講希望 人数	男 人 (平均年齢 歳) 女 人 (平均年齢 歳) 計 人
従業員の定期健康診断は 実施していますか	ア. いる イ. いない	健康診断の事後指導は 実施していますか	ア. いる イ. いない
<p>上記のとおり受講を希望いたします。</p> <p>平成 年 月 日 健康保険 被保険者証の記号</p> <p>事業所所在地 〒 -</p> <p>事業所名称 <span style="float: right;">印</span></p> <p>事務担当者名 _____</p> <p>電話番号 - -</p> <p>一般財団法人 福岡県社会保険協会長 殿</p> <p style="text-align: right;">【申込先FAX】 092-731-9281</p>			

(お願い) お申込みは、実施予定日の1か月前までにお問い合わせ致します。  
 事務担当者名は、必ず記載してください。  
 最寄りの公共交通機関から会社・又は会場までの略図を添付してください。  
 (講師が公共交通機関利用の場合は、最寄りの駅までの送迎をお願い致します)