**様式１**

全国健康保険協会管掌健康保険

被保険者に対する特定保健指導業務受託申請書（継続機関用）

　　　年　　　月　　　日

全国健康保険協会　石川支部長　殿

所在地

申請者　事業者名

代表者氏名　　　　　　　　　　　　㊞

全国健康保険協会が実施する特定保健指導業務を受託したいので、下記提出書類を添えて申請いたします。

記

１．被保険者に対する特定保健指導業務実施計画書（様式２）

２．特定保健指導従事者名簿（様式４）

※実務経験証明書（様式４-２）は、看護師が特定保健指導を実施する場合にご提出ください。

３．見積書（様式５）

※以下について、内容に変更がある場合はご提出ください。

・当機関の個人情報保護取扱に関する規程、責任者等の管理体制

・当機関の保健指導マニュアル

・当機関の施設内の図面