

健康保険委員登録事業所向けヘルスケアサポート

令和 年 月 日

# 応募申込書

全国健康保険協会 東京支部長 殿

本案件にかかる各種要綱、ガイドライン等を遵守のうえ、

健康保険委員登録事業所向けヘルスケアサポートに応募いたします。

郵便番号

所在地

事業所名称

代表者名

⑩

担当者名		連絡先	
提供概要			
開始予定日			
< 詳細 >			

必要であれば別途資料等の添付をお願いします。