

出前講座申込書

事業所名			健康保険の 記 号	(7桁か8桁の数字を記入)
住 所				
担 当 者	(所属)			
T E L		F A X		
メー ル ア ド レ ス	@			

こちらの申込書は、令和9年6月30日実施分までご利用いただけます。

希望セミナー	No. 講座名		
実 施 希 望 日	講師派遣 ・ オンライン ・ DVD ・ VOD ※セミナーごとの実施方法をご確認の上、○をお願いいたします。		
	DVD・VODの貸出期間：各月1日～月末まで		日程調整の都合上、 1か月以上前にお申 込みください。 (No.1・2は2か月 以上前)
	第1希望：令和 年 月 日 時 分～		
	第2希望：令和 年 月 日 時 分～		
講師派遣・ オンラインの 場合	受講人数： 人	【講師派遣のみ記入】 会場住所地：	
	年 代： 歳 ～ 歳	設 備：パソコン あり ・ なし スクリーン あり ・ なし プロジェクター あり ・ なし	
	従業員の健康に関するお悩みをご記入ください		
【※歯周病講習会・オーラルフレイル講習会ご希望の場合】 ☐ むし歯・歯周病 ☐ 口腔内の加齢 ☐ オーラルケア			

郵送またはFAX(024-523-3841)にてお申込みください。



問合せはこちら

〒960-8546 福島市栄町6-6 福島セントランドビル8F
全国健康保険協会 福島支部 宛て