

令和6年度

## 『健康測定機器レンタル』申込書

FAXで  
お申込み

全国健康保険協会（協会けんぽ）茨城支部企画総務グループ宛

029-303-2100

お申込み者	事業所記号 (保険証の記号)			
	事業所名			
	送付先 希望住所	〒		
	担当部署・氏名	部署	氏名	
	TEL・FAX	TEL	FAX	
測定機器	希望する 測定機器	<input type="checkbox"/> 血管年齢計メディカル・アナライザー <input type="checkbox"/> 骨健康度測定器骨ウエーブ <input type="checkbox"/> 肌年齢測定器ウエルビューティーSM-50 <input type="checkbox"/> ストレス測定器マインドバランス ※いずれか1台のレンタルとなります		
レンタル期間	第1希望 (1か月以上先の日程 でお申込みください)	到着日	令和 年 月 日 ※5日間貸出可	
			※時間指定について以下のいずれかにシ点 <input type="checkbox"/> 午前中 <input type="checkbox"/> 14時から16時 <input type="checkbox"/> 16時から18時 <input type="checkbox"/> 18時から20時 <input type="checkbox"/> 19時から21時	
		返却日	令和 年 月 日 (到着日から4日後の日付をご記入ください)	
	第2希望 (1か月以上先の日程 でお申込みください)	到着日	令和 年 月 日	
		※時間指定について以下のいずれかにシ点 <input type="checkbox"/> 午前中 <input type="checkbox"/> 14時から16時 <input type="checkbox"/> 16時から18時 <input type="checkbox"/> 18時から20時 <input type="checkbox"/> 19時から21時		
	返却日	令和 年 月 日 (到着日から4日後の日付をご記入ください)		
その他	連絡事項 (ご相談等ございましたらご記入ください)			

申込日 令和 年 月 日