

令和7年度 出前健康講座 申込書													
(全国健康保険協会茨城支部)													
申 込 者 【連絡先】 (※1)	事業所記号					事業所名							
	担当部署					ご担当者名							
	TEL FAX	— — — —				メールアドレス		@					
実施数	希望実施回数	_____ 回 (※2)		実施形態		☐ 対面 (※5) ☐ オンライン ☐ VOD (※6) ☐ DVD (※6)							
実施日等	実施日 第1希望	(日時)	令和	年	月	日	()	時間	:	~	:	(※4)	
			番 号		プログラム名					参加予 定人数	人		
		(場所) ※3	名 称										
			住 所										
		実施日 第2希望	(日時)	令和	年	月	日	()	時間	:	~	:	(※4)
	番 号			プログラム名					参加予 定人数	人			
	(場所) ※3		名 称										
			住 所										
特 徴 (ご記入ください)	年代 (代~ 代が中心) 男女比 (男：女 = :)												
講師に もっとも把握しておいて もらいたいこと ※対面・オンライン申込場合のみ	健康課題 ※肩こり、腰痛等従業員が多く抱える悩みについて												
事前に 知らせておきたいこと ・要望 (あれば)													
CDプレイヤーの有無		☐ あり ☐ なし ※家庭用のCDプレイヤーで十分です。(訪問での実施に限る)											
健康づくり推進事業所認定の有無		☐ あり ☐ なし ※申込には協会けんぽ茨城支部の健康づくり推進事業所の認定を受けていることが必要です。											

※1 本申込書受領後、申込内容の確認のため連絡をいたします。

※2 多くの従業員の方にご参加いただけるように、同日・別日にてセミナー複数開催を希望の場合はご記入ください。

※3 最寄り駅から実施場所までの案内図がございましたら添付をお願いします。

※4 ご希望の実施日に添えない可能性がある際は、日程調整のご相談をさせていただく場合があります。
実施希望日には余裕(目安：1か月前程度)をもってお申込みください。(対面・オンライン・DVD・VODすべてのプログラム共通)

※5 <対面プログラム確定後のご案内>
・資料一式は実施日～7日前に配送いたします。
・担当講師は決定次第、お知らせいたします。

※6 DVDの貸し出し、VODの閲覧は1日～月末までのご利用となります。(月中からの実施希望の場合も利用は月末までとなります。)

○健康セミナーの実施が決定後、決定連絡(TELもしくはメール)をいたします。

○本事業は、全国健康保険協会茨城支部様の主催事業として外部講師を無料で派遣するものです。各拠点単位でお申込み下さい。

○講師派遣は令和8年3月31日まで可能です。ただし、受付期間は令和8年2月27日まで(随時受付)となります。

○開催7日前を過ぎますと、キャンセルできませんのでその旨ご承知ください。

○実施回数に限りがございますので、ご希望の場合は早めにお申込みください。

【お問合せ先】
委託期間：株式会社ルネサンス
TEL：050-1724-6826 受付時間：10:00~17:00 (土・日・祝日を除く)
メール：r-kenpo@s-renaissance.co.jp
(全国健康保険協会茨城支部様からの委託を受けて講師派遣業務を行っています。)