

## 協会けんぽ講習会申込書

申込日：令和 年 月 日

下記のとおり講習会を申し込みます。

お 申 込 み 者	事業所名		
	ご担当部署・氏名	氏名	
	住所	〒	
	TEL・FAX	TEL	FAX

依 頼 内 容	希 望 講 座	<input type="checkbox"/> 保健師・管理栄養士による講習会 ( )	
		<input type="checkbox"/> 健康運動指導士による講習会 ( )	
		<input type="checkbox"/> 歯科口腔保健セミナー ※ 歯周病の簡易検査を希望する <input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/> 乳がんセミナー	
依 頼 内 容	予 定 人 数		
	希 望 内 容 連 絡 事 項		
希 望 日 時	第 1 希 望	月日	令和 年 月 日 ( )
		時間	時 分 ~ 時 分
	第 2 希 望	月日	令和 年 月 日 ( )
		時間	時 分 ~ 時 分
会 場	会 場 名		
	会 場 住 所	〒	
	TEL		
	イス	<input type="checkbox"/> 用意可能 <input type="checkbox"/> 用意不可	
	内履き	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> その他 ( )	

申請書送付先

全国健康保険協会長野支部 **FAX : 026-238-1257**