

FAX：0852-59-5354
 協会けんぽ島根支部企画総務グループ 行

健康づくり出前講座申込書

※お申し込みは、希望日の1か月前とさせていただきます。

事業所名称		
事業所記号		
事業所所在地		〒 -
ふりがな ご担当者名		
連絡先	TEL	() -
	FAX	() -
希望メニュー		メニューNo. () 講座名 ()
希望日時	第1希望	令和 年 月 日 (曜日) 時 分～ 時 分
	第2希望	令和 年 月 日 (曜日) 時 分～ 時 分
	第3希望	令和 年 月 日 (曜日) 時 分～ 時 分
会場	名称	
	所在地	〒 -
対象者	人数	名 (男性 名 女性 名)
	職種	
	年代	概ね 歳～ 歳
歯周病検査キット必要個数		個 ※出前講座メニューNo.3 (歯周病と生活習慣病) をご希望時のみ
その他要望事項		

【お問い合わせ先】全国健康保険協会島根支部企画総務グループ (企画担当)
 TEL：(0852) 59-5140

FAX：0852-59-5354
協会けんぽ島根支部企画総務グループ 行

健康測定機器レンタル申込書

※お申し込みは、希望日の1か月前とさせていただきます。

事業所名称		
事業所記号		
事業所所在地		〒 -
ふりがな ご担当者名		
連絡先	TEL	() -
	FAX	() -
希望メニュー		メニューNo. () 機器名 ()
希望期間	第1希望	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
	第2希望	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
	第3希望	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
マウスピース必要個数		個 ※肺年齢測定器の貸出しを希望される場合ご記入ください
【ご署名欄】 貸出しされる機器について、取扱説明書に従った適切な使用を順守し、盗難及び水没等により全損となった場合は、その責を負うことを同意します。 令和 年 月 日 事業主氏名 _____		

【お問い合わせ先】全国健康保険協会島根支部企画総務グループ（企画担当）
TEL：（0852）59-5140