

# 健康格付型バランスシート提供依頼書

当事業所の健康状態の確認を行いたいため、「健康格付型バランスシート」の提供を依頼します。

(事業所所在地)  
(事業所名称)  
(事業主氏名)  
(電話番号)

㊞

平成 年 月 日

※栃木支部よりご連絡を差し上げるにあたって、以下の内容についてもご記入くださいますようお願いいたします。

事業所記号	
ご担当者氏名	
健康格付型バランスシートの提供方法 (ご希望の番号を○で囲んでください)	1. ご訪問 (職員がバランスシートを持参し、内容についてご説明いたします。日時は後日ご連絡のうえ、調整させていただきます)  2. ご郵送 (事業主様あて親展で郵送させていただきます)