

保健指導申込書

※会員番号		保健指導担当		
名 称				
所 在 地	〒			
担 当 者	所属部署名 ()		連絡先	
			電話	
			FAX	
健診実施日	令和 年	受診 機関	① (一財)全日本労働福祉協会	
	月 日		② (一社)慈恵会 疾病予防施設 慈恵クリニック	
保健指導 の 希望内容	時期	第1希望	令和 年 月 日 ()	
		第2希望	令和 年 月 日 ()	
	保健指導を希望する人数		人	
	希望する事項等について具体的にご記入ください。		① 栄養指導	人
			② 運動指導	人
			③ 生活指導	人
④ その他			人	

注) ※ 会員番号は、記入不要です。(当協会の処理欄です。)

- ① 保健指導の申し込み後、担当者(保健師等)から直接ご連絡を差し上げます。
- ② この保健指導は、一般社団法人青森地区労働基準協会が独自に実施するものです。したがって、当協会の健康診断事業をご利用された方に限ります。
- ③ 非会員の場合には、有料となりますので、ご相談ください。

健康診断の申込は、常時受付しておりますので、お気軽にご相談ください。

※ コピーしてお使いください!