様式④

保健師・管理栄養士による健康教室の申込書

※ スケジュール調整をいたしますので、事前に当健康保険組合にお電話（06-6941-4635）ください。

被保険者証 記号－番号	フリガナ 参加者氏名	続柄	年齢
－			
－			
－			
－			
－			
－			
－			
－			
－			
－			
－			
－			
－			
－			

教室においてのご希望（実施してほしい事など）がありましたら記入してください

※なお、ご希望に添えることができない場合もございますのでご了承ください

例）健診結果の見方を知りたい、女性が増えたので女性向けの内容をしたい、高血圧の人が多い　など

担当者名	
実施日	実施時間（帯）
実施場所	電話番号

上記のとおり保健師・管理栄養士による健康教室に、＿＿＿＿＿名申込みます。

年　　月　　日

事業所所在地
事業所名称
事業主氏名

西日本パッケージング健康保険組合

＊ この申込書のためにご提供いただいた個人情報は、当健康保険組合の実施する保健事業に利用させていただきます。当該目的以外に使用することはございません。

2024.04