

特定保健指導実施申込書

倉庫業健康保険組合

※実施希望月の前月 10 日組合着にてご提出ください

①事業所情報 ※対象者の勤務先の情報をご記入ください

記号	事業所名	本・支店・営業所名
00	倉庫 株式会社	深川営業所
所在地		
東京都江東区富岡 2－11－12		
郵便番号	〒135－0047	電話番号
		03-3642-8436

②連絡調整窓口 ※日程調整を事業所担当者が行う場合は担当者情報を、対象者本人が行う場合は対象者の情報をご記入ください。

担当者 氏名（フリガナ）	健保 太郎	担当者 電話番号	9999－9999
※対象者氏名	※対象者住所	※対象者電話番号	
	〒		

③面談方法 ・ご希望の面談方法に☑をいれてください。オンラインの場合は、タブレット貸出についても☑をいれてください。

・同じ事業所内で複数の面談方法を選択する場合は、

☐	訪問面談
☒	オンライン面談
☐	RIZAP

タブレット貸出➡

☒	希望する
☐	希望しない

対象者本人が実施機関との調整を直接
行える場合のみ記入してください。

※RIZAPを利用する場合、組合に申込書を提出のうえ、対象者本人が申込フォームよりお申し込みください

④面談日時等

希望面談日時(実施希望時期・曜日・時間帯等についてなるべく詳しく記入してください)	実施人数
10月上旬 水曜日 14：00～希望	1 名

⑤備考

--

※お申し込みの際は、本・支店・営業所、選択した面談方法ごとに
「様式①－2 特定保健指導実施者名簿」を作成し、ご提出ください (受付日付印)

※申込書に記載された個人情報、特定保健指導を実施するためのみ使用
し、利用目的以外に使用することはありません。

特定保健指導実施申込者名簿

倉庫業健康保険組合

※「様式①－ 1 特定保健指導実施申込書」に添付のうえ組合に提出してください

記号	事業所名	本・支店・営業所名
00	倉庫 株式会社	深川営業所

	番号	氏名（フリガナ）	生年月日	備考
1	1	健保 花子	昭和30年10月1日	
2			昭和 年 月 日	
3			昭和 年 月 日	
4			昭和 年 月 日	
5			昭和 年 月 日	
6			昭和 年 月 日	
7			昭和 年 月 日	
8			昭和 年 月 日	
9			昭和 年 月 日	
10			昭和 年 月 日	
11			昭和 年 月 日	
12			昭和 年 月 日	
13			昭和 年 月 日	
14			昭和 年 月 日	
15			昭和 年 月 日	
申込者合計		1 名	(受付日付印)	