特定保健指導実施調査票

●本・支店・営業所ごとに作成してください
●支店・営業所が複数ある場合は適宜コピーしてご使用ください。
●面談実施希望月の前月１０日までにご回答ください

倉庫業健康保険組合

記号	事業所名	本・支店・営業所名
1	倉庫　株式会社	本社

初回面談希望実施方法（どちらかに〇をつけてください）

1．訪問面談　　2．オンライン面談

所在地（本・支店・営業所）	担当者氏名・連絡先
（〒　135　－　0047　） 東京都江東区富岡2－11－12 TEL　03（3642）8436	健保　花子 TEL　03（3642）8436
初回面談実施希望時期・時間帯等（例：1月中旬　午前中希望など） ※初回面談の日程は委託業者との調整によって正式決定します。	実施人数
12月上旬　午前中希望	5　名

備考	

実施者名簿（※欄が足りない場合は別紙①－３実施者名簿を使用してください）

	番号	氏名（フリガナ）	生年月日	備考
1	1	ケンポ タロウ 健保　太郎	昭和33年8月20日	
2	2	〇〇　〇〇	昭和〇〇年〇〇月〇〇日	
3	3	〇〇　〇〇	昭和〇〇年〇〇月〇〇日	
4	4	〇〇　〇〇	昭和〇〇年〇〇月〇〇日	
5	5	〇〇　〇〇	昭和〇〇年〇〇月〇〇日	
6			昭和　年　月　日	
7			昭和　年　月　日	
8			昭和　年　月　日	