

(健康様式第 2 号)

健康相談申込票

申込日：平成 年 月 日

事業所名		担当者	
所在地	〒		
電話番号	-	メールアドレス	
相談内容	(具体的にご記入ください。)		
相談実施 希望日時	第 1 希望	月	日 (: ~ :)
	第 2 希望	月	日 (: ~ :)
	第 3 希望	月	日 (: ~ :)

「健康相談援助申込票」に記載された内容については、当センターの個人情報管理規程に従い厳重に管理し、ヘルスカウンセラーによる相談、支部職員による日程調整、内容確認、各種講習会のご案内及び事業活動に関する情報提供のみに使用し、上記以外の目的で使用いたしません。