

特定保健指導申し込みシート（事業所さま用）

【申込】 FAX：047-437-5565

お申し込み日 平成 年 月 日

| | | | | |
|--------------------|--------------------|---------------------|-----------------|--------------|
| 事業所名称 | (フリガナ)..... | | | |
| 事業所所在地 | 〒 ー | | | |
| | TEL () | /FAX () | | |
| 担当者様ご氏名 | (フリガナ)..... | | | |
| ご希望の 訪問日時 | 第1希望 | 平成 | 年 月 日() 時～ | |
| | 第2希望 | 平成 | 年 月 日() 時～ | |
| | 第3希望 | 平成 | 年 月 日() 時～ | |
| 特定保健指導を お受けになる方 | お名前・性別 | 生年月日 | | 特定保健指導区分 |
| | 男・女 | 昭和 | 年 月 日 | 積極的支援・動機付け支援 |
| | 男・女 | 昭和 | 年 月 日 | 積極的支援・動機付け支援 |
| | 男・女 | 昭和 | 年 月 日 | 積極的支援・動機付け支援 |
| | 男・女 | 昭和 | 年 月 日 | 積極的支援・動機付け支援 |

下記の条件に当てはまった場合、事業所訪問による特定保健指導がご利用いただけます。

- ①ご加入の健康保険が**全国健康保険協会**である。
- ②事業所が船橋市、市川市、鎌ヶ谷市、八千代市、習志野市にある。
- ③特定保健指導の対象者が3名以上である。

訪問の日時について、折り返しご相談のお電話を差し上げます。

尚、お申し込みから1週間経っても返信がない場合、また、ご不明な点等がございましたら下記までお問い合わせください。

独立行政法人地域医療機能推進機構
船橋中央病院 健康管理センター ドック勤務室
FAX 047-437-5565

TEL047-433-5885(内線 2850) 平日 12時～16時30分