

受診希望者 → 事業所へ提出 → 事業所は健保組合へFAX

発信元 FAX 番号 _____

NO. _____

特定保健指導 利用申込書

事業所名					
被保険者等 記号・番号	記号	自宅 住所	〒 _____		
	番号		Tel () —		
フリガナ	-----	性別	被保険者	生 年 月 日	S 年 月 日 (才)
受診者 氏名		男・女			
e-mail	_____ @ _____				
特定保健 指導機関名			初回面談日 (予約済)	_____ 年 月 日 ()	
指導区分	動機付け支援 ・ 積極的支援				

* 太枠内は漏れのないようご記入下さい。

【個人情報の取扱いについて】 当組合ホームページに掲載しております。
・本申込書に記載された個人情報については、本件以外の目的には利用いたしません。
・取得した特定保健指導の結果は、当組合ホームページにおける個人情報保護方針に沿い、保健事業の実施に活用させていただきます。

上記について同意のうえ申込みます。

※資格確認後、利用券を発行いたします。

年 月 日

MBK連合健康保険組合 殿

氏名(自署) _____

MBK連合健康保険組合
(FAX : 03-5297-1715)