

特定保健指導実施申込書

事業所用

特定保健指導の出張・リモート申込については、裏面の「特定保健指導における個人情報の取扱いについて」をご確認のうえ、申込書をご提出いただきますようお願いいたします。

申込日 令和 年 月 日

健 保 コ ー ド	13-834	組合名	観光産業健康保険組合		
事 業 所 記 号					
事 業 所 名 称 (営業所名等も記載)					
所 在 地	〒 -				
電 話 番 号			FAX		
ご 担 当 者 名			部署名		
個 人 情 報 の 取 扱 い に つ い て	☐ 同意する(申込者全員) ☐ 同意しない(一部不同意) ※別紙「個人情報の取扱いについて」PDFをご確認ください。				
希 望 実 施 方 法	☐ 出張面接 ☐ リモート面接 ※Zoom利用・スマホ不可		希望者数 ※出張の場合は 2名以上に限る	名	
実 施 希 望 時 期 時期・時間帯・曜日に ○を付けてください。	時 期 : 月 の 初旬 ・ 中旬 ・ 下旬 時 間 帯 : 午前 ・ 午後 曜 日 : 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ※ご希望に沿えない場合は、調整させていただくことがあります。				
実 施 場 所 (会 場) 上 記 所 在 地 と 異 な る 場 合 に ご 記 載 く だ さ い。					
連 絡 事 項 等 事前に確認・伝達すべき事 があればご記載ください。	例)・日本語による会話が難しいため、本人同意のもとスタッフを同席させます。 ・聴覚障害があるため、筆談にてお願いします。		受付番号		

※個人情報の同意については、ご担当者様のみの同意としておりますので、ご担当者様は、必ず特定保健指導申込者の方々に同意を得たうえで申込書をご提出ください。(東振協保健指導支援センター FAX:03-5611-3259)

※この申込書に「特定保健指導対象者一覧表」を必ず添付してください。

※リモート面接の場合、利用する機器類(スマホ不可)の準備及び通信費の負担等は、事業所側でお願いします。利用アプリ:「Zoom」

委 託 機 関 記 入 欄	委託機関名	<コード> (ご担当者名)			
	実施予定日時	令和 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分			
	保健指導者名	医 師 ・ 保 健 師 管理栄養士 ・ 看 護 師 いずれかに「○」をしてください。		指導者数	延バ 名

○委託機関様へ…上記の内容が決まりましたら、実施予定日の10日前までに東振協保健指導支援センターにFAX(03-5611-3259)をお願いします。