別紙様式

令和５年　　月　　日

岩手県大船渡保健所保健課　行

FAX：27－4197

E-mail：CC0007@pref.iwate.jp

（添書不要）

健康セルフサポート事業参加申込書

このことについて、次のとおり申し込みます。

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |
| 住　所 | 〒 |
| 電話番号/ＦＡＸ | / |
| 責任者 職・氏名 |  |
| 担当者 職・氏名 |  |
| 従業員総数 |  |
| 従業員平均年齢 |  |
| 参加予定従業員の数 |  |
| 事業実施希望期間  （実施期間：3か月間） | 月　～　　　　　　　月 |
| 計画する独自取組  の内容 |  |

【担当】岩手県大船渡保健所　保健課　岩山・金澤

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 【ＴＥＬ】0192-27-9922