

## いわて健康経営認定事業所 認定申請書

年 月 日

岩手県知事 達増 拓也 様

申請者 事業所等の名称

代表者職・氏名

いわて健康経営事業所認定制度実施要綱第5の規定により、下記のとおり申請します。

記

- 申請区分 (該当する区分にレ点を記入してください。)
  - 新規 (はじめて認定申請する場合)
  - 更新 (有効期間の満了に伴い、再度認定申請する場合)

### 2 事業所等の概要

所在地	〒 ー
加入している 医療保険者	※ 例：全国健康保険協会〇〇支部 (必ず支部名まで記載してください。)
健康経営宣言 年月日	年 月 日
担当者 所属・職・氏名	
連絡先	電話： FAX： Eメール：
ホームページURL	

### 3 誓約事項

認定申請にあたり、次の事項について誓約します。(レ点を記入してください。)

- 「いわて健康経営認定事業所」としての認定基準をすべて満たし、取組を継続して実施します。【必須】
- 県及び協力保険者ホームページに事業所等の名称、所在地、ホームページURL等の内容を掲載することを承諾します。

※「評価シート」(様式第2号)を添付してください。