「健康宣言」エントリーシート

FAX（０６－６２６２－７１３０）または郵送にてご応募ください

おかけ間違いにはご注意ください

下記の事項を宣言して取り組みます

□健診受診率を１００％目指します

□健診結果の活用をします

□特定保健指導の該当者には、指導実施の機会を提供します

□運動機会の増進に取り組みます

□心の健康に取り組みます

□　その他（　　）

事業所名称			
役職名 事業主名			
ご担当者様 お名前	様	電話 番号	
健康保険組合名	大阪婦人子供既製服健康保険組合		
健康保険組合 担当者名		電話 番号	06-6262-1657

健康保険組合連合会大阪連合会ホームページでの紹介を希望しない　□

※ ホームページで、健康宣言をされた事業所を紹介します。掲載を希望しない場合に限りチェックをお願いします。

健康保険組合連合会大阪連合会へ情報提供いたしますのでご了承願います。

提出先
お問い合わせ先

大阪婦人子供既製服健康保険組合
〒５４１－００５６
大阪市中央区久太郎町2－3－15
TEL 06-6262-1657
FAX 06-6262-7130

健康保険組合
受付印

※受付日のわかるもの