

健康相談申込書

期 日	平成29年 3月11日 (土)	実施会場	むさし府中商工会議所ホール			
申 込 者 記 入 欄						
申込 代 表 者	所属 ①又は ②	①加入している健保組合名	健康保険組合			
		②加入している健康保険制度 (該当する番号に○をして下さい)	1. 協会けんぽ 2. 国民健康保険 3. 共済組合 4. その他			
		フリガナ				
		氏 名				
		住 所	〒 ー			
		連絡先 (電話)	()			
参 加 者 の		フリガナ	加入する健康保険制度	申込者との続柄	年齢	性別
		氏 名				
			1. 健康保険組合 2. 協会けんぽ 3. 国民健康保険 4. 共済組合 5. その他 ()	1. 本人 2. 家族 3. その他	歳	男・女
			1. 健康保険組合 2. 協会けんぽ 3. 国民健康保険 4. 共済組合 5. その他 ()	1. 本人 2. 家族 3. その他	歳	男・女
			1. 健康保険組合 2. 協会けんぽ 3. 国民健康保険 4. 共済組合 5. その他 ()	1. 本人 2. 家族 3. その他	歳	男・女
			1. 健康保険組合 2. 協会けんぽ 3. 国民健康保険 4. 共済組合 5. その他 ()	1. 本人 2. 家族 3. その他	歳	男・女

- ・参加者氏名には、必ずフリガナを記入して下さい。
- ・加入する健康保険制度、申込者との続柄欄は、該当する番号に○をして下さい。

※血管年齢は測定に時間がかかるため混雑が見込まれますので、予めご承知おきくださるようお願い致します。また、素足で測定するものもありますので着脱しやすい服装でお越し下さい。

お預かりした参加申込者等の個人情報については、この業務以外には使用いたしません。

送付先

〒190-0022 東京都立川市錦町3-7-10
 (一社) 東京都総合組合保健施設振興協会 多摩健康管理センター 総務課
 FAX 042-525-7680 (TEL 042-595-6033)