

## 様式④

## 保健師・管理栄養士による健康教室の申込書

※スケジュール調整をいたしますので、事前に当健康保険組合にお電話(06-6941-4635)ください。

上記のとおり保健師・管理栄養士による健康教室に、\_\_\_\_\_名申込みます。

年 月 日

## 事業所所在地

### 事業所名稱

### 事業主氏名

西日本パッケージング健康保険組合

\* この申込書のためにご提供いただいた個人情報は、当健康保険組合の実施する保健事業に利用させていただきます。当該目的以外に使用することはございません。

2025.4