

様式⑤

心の健康教室の申込書

※ 内容とスケジュールの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。

#	被 保 険 者 等 記 号 一 番 号	参 加 者 氏 名	年 齢	実 施 日
1	—			令和 年 月 日
2	—			時 間
3	—			: ~ :
4	—			実 施 場 所
5	—			〒 -
6	—			(注意)ビル名・工場名等があれば記載してください。
7	—			
8	—			
9	—			
10	—			担 当 者 名
11	—			
12	—			電 話 番 号
13	—			
14	—			【注意】 心の健康教室は、株式会社フィスメックが 実施します。
15	—			

上記のとおり 心の健康教室に、 名 申し込みます。

令和 年 月 日

事 業 所 所 在 地

事 業 所 名 称

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ありません。