

「健康職場づくりアドバイザー派遣」  
 申込書

福岡県保健医療介護部健康増進課長 殿

事業所名

代表者氏名

申込み理由	
事業所の所在地	〒
担当者名	
電話	
FAX	
E-mail	
業種〔事業内容〕	
勤務体制	<input type="checkbox"/> 日勤のみ <input type="checkbox"/> 交代勤務(夜勤あり)(従業員の 割程度)
従業員数〔男女別〕	名 ( 男性 名 、 女性 名 )
参加予定人数	約 名
希望時間帯	時 分～ 時 分頃(約 分)

※申し込み用紙を受理した後、ご担当者へ連絡させていただきます。

※全国健康保険協会(協会けんぽ)福岡支部と連携して事業を実施しておりますので、事業所名と所在地について、協会けんぽへ情報提供させていただきます。

福岡県保健医療介護部健康増進課健康づくり係