

FAX送信先 096-285-7005
保健支援センター 保健事業部行き

事業所訪問申込書【対面面談】

事業所記号： _____ 事業所名称： _____

訪問事業所名称： _____

訪問事業所住所： _____

訪問事業所担当者部署： _____

訪問事業所担当者氏名： _____

連絡先電話番号： (_____) _____ - _____

連絡先FAX番号： (_____) _____ - _____

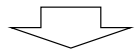
連絡先E-Mail： _____ @ _____

●日程調整の際に、ご連絡申し上げる場合がございます。ご担当者氏名とご連絡先を必ず明記ください。
●日程確定通知は、原則、FAXかE-Mailにてお送りしますので、どちらか一つは必ず記入してください。

面談希望人数： (_____) 人

必要訪問日数： (_____) 日

●必要訪問日数は、計算より導き出してください。
●必要訪問日数は、面談希望人数÷7とし、小数点以下は切り上げとなります。
(例) 面談希望人数8÷7≒1.1 小数点以下を切り上げて、必要訪問日数は“2”

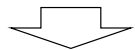


※訪問希望日は、申込日から1か月以上あけた日付を記入してください。

第1訪問希望日： _____ 月 _____ 日

第2訪問希望日： _____ 月 _____ 日

第3訪問希望日： _____ 月 _____ 日



●訪問希望日は、必要訪問日数分記入してください。
●訪問希望日に訪問できない場合は、再度希望日をお尋ねします。
●訪問希望日は、土日も対応可能です。(応相談)
●保健指導の1日最大実施人数は7名です。対象者数が7名以上の場合は、2日以上に渡って指導を行います。上記の必要訪問日数を計算してください。
●原則、日程の変更はできませんが、やむを得ず日程変更の必要があるときは、当社まで必ずご連絡ください。

第 ※要記入 訪問希望日

●訪問希望日が複数ある場合は、本書をコピーして希望日の分だけ順番表を記入してください。また、送信の際に希望日の分だけ書類があるか確認してください。
●対象者は指導時間に空きがないように連続してご記入ください。

当日の順番表

回数	指導時間	保険証番号	対象者氏名	対象者フリガナ
1	9:30～10:10			
2	10:20～11:00			
3	11:10～11:50			
4	13:00～13:40			
5	13:50～14:30			
6	14:40～15:20			
7	15:30～16:10			

半日コース
(午前)

半日コース
(午後)