

※本件で知り得た個人情報は、本事業の関連業務以外には使用いたしません。  
 保健指導をお申込みいただくと、指導のための資料として健診結果が保健指導機関に送られます。  
 上記、個人情報の取り扱いと訪問日程調整についてお電話差上げることにご同意いただける方のみ取りまとめてお申込みください。

**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： ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

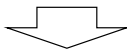
連絡先E-Mail： \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

●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”

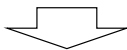


※訪問希望日は、申込日から1か月以上あけた日付を記入してください。

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  
 当日の順番表

●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。

回数	指導時間	保険証番号	対象者氏名	対象者フリガナ
1	10:10~10:40			
2	10:50~11:20			
3	11:30~12:00			
4	13:00~13:30			
5	13:40~14:10			
6	14:20~14:50			
7	15:00~15:30			

} 半日コース (午前)  
 } 半日コース (午後)