

健康づくり事業保健師派遣申込書

平成 年 月 日

一般財団法人 佐賀県社会保険協会 御中

会員番号	
------	--

☎おわかりになる範囲で結構です。

事業所 〒

所在地

事業所名

電話番号

担当者名

実施希望日時	平成 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分
参加人数	男子 名 女子 名 合計 名
実施場所	
希望する内容	

※申込書にご記入いただきました情報は、この事業以外の目的には使用いたしません。

※実施場所につきましては、詳しい地図などございましたら申込書に添付してください。

FAX 送信先

0952-26-3377

一般財団法人 佐賀県社会保険協会

〒840-0816 佐賀市駅南本町 6-4
佐賀中央第一生命ビル 9階
TEL 0952-26-3171
FAX 0952-26-3377