

## 健康セミナー申込書

\*ご希望のセミナーに○をつけてください(複数の申込可)

会場	Web	セミナー時間:60分～90分 内容については事前に調整し、講師を派遣いたします
		①食生活セミナー
		②メンタルヘルスセミナー
		③禁煙セミナー
		④( )セミナー <span style="float: right; font-size: small;">睡眠、腸活デトックス、目肩腰ケア、 歯科など保健事業に即したご希望 のセミナーをご記入ください</span>

事業所記号	事業所名		
担当者名	電話番号		
実施希望日	第1希望	第2希望	第3希望
	月 日 ( )	月 日 ( )	月 日 ( )
時間	AM・PM	AM・PM	AM・PM
	時 分～時 分	時 分～時 分	時 分～時 分
実施場所	(例)会議室	参加 人数	人
所在地	〒		

通信欄

**【実施要綱】**

対 象 : 被保険者(原則、参加者20人以上で実施します)

\*各セミナー(①～④)、1事業所1カ所の事業場で実施(すべて実施すると4回)

費 用 : 無 料 (組合負担)

実 施 時 期 : 実施日時については、業者と調整の上、決定します

実 施 場 所 : 事業所の会議室等

<お問い合わせ先>

電設健保へるすびあ健診センター 健康推進課 TEL 03-5970-6811