

健康相談申込書

開 催 場	参加する 会場の番 号に○をし て下さい	1	平成24年 2月 4日 (土) アレアホール	2	平成24年 2月18日 (土) むさし府中商工会館ホール	
申 込 者 記 入 欄						
申 込 代 表 者	所 属 ① 又 は ②	① 加入する組合名	健康保険組合			
		② 加入する健康保険制度 (該当する番号に○をして下さい)	1. 協会けんぽ 2. 国民健康保険 3. 共済組合 4. その他			
		フリガナ				
		氏 名				
		住 所	〒 ー			
	連絡先 (電話)	()				
参 加 者		フリガナ	加入する健康保険制度	申込者との続柄	年齢	性別
		氏 名				
			1. 健康保険組合 2. 協会けんぽ 3. 国民健康保険 4. 共済組合 5. その他 ()	1. 本人 2. 家族 3. その他	歳	男・女
			1. 健康保険組合 2. 協会けんぽ 3. 国民健康保険 4. 共済組合 5. その他 ()	1. 本人 2. 家族 3. その他	歳	男・女
			1. 健康保険組合 2. 協会けんぽ 3. 国民健康保険 4. 共済組合 5. その他 ()	1. 本人 2. 家族 3. その他	歳	男・女
			1. 健康保険組合 2. 協会けんぽ 3. 国民健康保険 4. 共済組合 5. その他 ()	1. 本人 2. 家族 3. その他	歳	男・女
			1. 健康保険組合 2. 協会けんぽ 3. 国民健康保険 4. 共済組合 5. その他 ()	1. 本人 2. 家族 3. その他	歳	男・女

- ・ 申込代表者氏名及び参加者氏名には、必ずフリガナを記入してください。
- ・ 加入する健康保険制度、申込者との続柄欄は、該当する番号に○をしてください。
- ・ 申込受付は、先着順とし定員を超えた場合は申込者にご連絡します。

※当日は、血管年齢測定、骨密度測定、体脂肪健診、血圧測定、腹囲測定、乳がん自己診断指導
および保健師による健康相談を行います。

お預かりした参加申込者等の個人情報については、この業務以外には使用いたしません。

送付先	〒190-0022 東京都立川市錦町3-7-10
	(社)東京都総合組合保健施設振興協会 多摩健康管理センター 総務課
	FAX 042-525-7680 (TEL 042-528-2011)