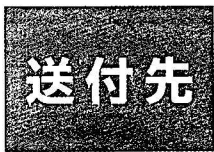


## 健康相談申込書

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
<b>申込者記入欄</b>					
申込代表者	所属 ①又は②	① 加入する組合名	セメント商工 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	〒 —		
	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
		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。



〒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)