

太枠内を記入しFAXで請求してください

(送付文不要 FAX番号：025-284-2881)
公立学校共済組合新潟支部 健康管理係 行

年 月 日

特定保健指導利用券等請求書

公立学校共済組合新潟支部長 様

私に案内のあった特定保健指導について、「特定保健指導実施検診機関一覧表」に記載の検診機関等での利用を希望しますので、利用券を送付してください。

氏 名	
組合員番号	
所 属 名	