

太枠内を記入し F A X で請求してください

(送付文不要 F A X 番号 : 0 2 5 - 2 8 4 - 2 8 8 1)
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	
特定保健指導 利用区分	※利用区分「A」を選択する場合、本請求書を令和 7 年 1 月 31 日（金）までに提出してください。