

太枠内を記入し、下記提出場所に保存してください

(【提出場所】 <https://kouritu.app.box.com/f/9b9b809a7ead45899bca3abc6b625d28>)

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

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	