北海道農業団体健康保険組合　保健指導課　行

F A X　 ０１１‐２６１‐４５０５

メール　hokenhu@hokunoukenpo.or.jp

動画配信申込書

|  |  |
| --- | --- |
| １．事業所名  担　当　者　名  電　話　番　号  メールアドレス | |
| ２．視聴希望研修  ※該当箇所に〇をつけてください。（複数可）  視聴希望日の**2週間前まで**にご返送ください。 | ①メンタルヘルスと睡眠  ②歯の健康  ③メンタルヘルス（基礎、セルフケア等）  ④食生活（時間栄養学等）  ⑤新入職員の健康管理 |
| ３．視聴予定人数 |  |
| ４．その他連絡事項 |  |
| 上記のとおり申込みいたします。  令和　　　年　　　月　　　日  事業所名称  所　在　地  事業主名  北海道農業団体健康保険組合 理事長 殿 | |