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 |