

北海道農業団体健康保険組合 保健指導課 行
FAX 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○をつけてください。(複数可) 視聴希望日の <u>2週間前まで</u> 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	