

「健康宣言」エントリーシート

FAX（０６－６４５４－９４１０）または郵送にてご応募ください

おかけ間違いにはご注意ください

下記の事項を宣言して取り組みます

☐☐☐☐☐☐☐

その他（ ）

事業所名称（フリガナ）			
役職名 事業主名			
ご担当者様 お名前	様	電話 番号	
健康保険組合名	大阪自動車販売店健康保険組合		
健康保険組合 担当者名		電話 番号	06-6458-5115

後日、健康づくりの取り組みについて、ご相談・ご提案させていただきます。

大阪自動車販売店健康保険組合ホームページでの紹介を希望しない	☐
健康保険組合連合会大阪連合会ホームページでの紹介を希望しない	☐
※ ホームページで、健康宣言をされた事業所を紹介します。掲載を希望しない場合に限りチェックをお願いします。	

健康保険組合連合会大阪連合会へ情報提供いたしますのでご了承願います。

提出先
お問い合わせ先

大阪自動車販売店健康保険組合
〒５５３－０００２
大阪市福島区鷺洲１－１１－１９
大阪福島セントラルビル３階
TEL ０６－６４５８－５１１５
FAX ０６－６４５４－９４１０

健康保険組合

受付印

※受付日のわかるもの