

様式3

健康企業認定申請書

年 月 日

健康保険組合連合会石川連合会 御中

健康保険組合連合会石川連合会健康企業宣言事業における健康企業認定の申請をいたします。

申請事業所名	
申請事業所の代表者名	
申請事業所の住所	
申請事業所の電話番号	
業 種	
従業員数	正社員 名
	パート社員等 名
平均年齢	歳
申請担当者 連絡先	氏 名
	部 署
	住 所
	電話番号
	F A X
健康保険組合名	石川県自動車販売店健康保険組合