

〒231-0037 横浜市中区富士見町 3-1 神奈川県総合医療会館

TEL045-243-2008 FAX045-243-2019

公益財団法人かながわ健康財団

理事長 大久保 吉修 宛

## 健康測定申込書

お申込日	平成 年 月 日 ( )
お名前	御社・団体の名称 ( ) 住所 (〒 ) 部署名 ( ) 担当者名 ( ) 電話 ( ) FAX ( )
お申込の 事業内容	<input type="checkbox"/> 健康体力測定 (12項目 厚生労働省の THP に準拠しています。) <input type="checkbox"/> 健康体力測定 (6項目) ※種目を記入してください。 ○ ○ ○ ○ ○ ○ <input type="checkbox"/> 健康体力測定 (3~4項目) ※種目を記入してください。 ○ ○ ○ ○ <input type="checkbox"/> 健康再発見プログラム ( ) コース) <input type="checkbox"/> 骨密度測定 (超音波による測定) <input type="checkbox"/> 足圧・足型チェック <input type="checkbox"/> 血管年齢測定 (運動不足度チェック) <input type="checkbox"/> 体組成測定 <input type="checkbox"/> 肺年齢測定 <input type="checkbox"/> 測定スタッフ追加 ____名 (備考欄: )
実施日・時間	①平成 年 月 日 ( )・ 時 分~ 時 分 ②平成 年 月 日 ( )・ 時 分~ 時 分 ③平成 年 月 日 ( )・ 時 分~ 時 分 ④平成 年 月 日 ( )・ 時 分~ 時 分
会場	住所 (〒 ) 建物名称 ( ) 部屋名 ( 階 ) 電話 ( )
対象者	対象: <input type="checkbox"/> 社員 <input type="checkbox"/> 住民 <input type="checkbox"/> 来店者 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 人数: _____名
実施方法	測定を受ける方の事前予約 ( <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し)
手続き方法 (必要書類)	<input type="checkbox"/> 契約書 <input type="checkbox"/> 請書 <input type="checkbox"/> 見積書 <input type="checkbox"/> その他 ( )

※ 必要事項をご記入頂き、□内にチェックを付してFAXにてご返送をお願いいたします。

※ 請求書を発行いたしますので、お支払いは原則、口座振込みでお願い致します。

### 【事務局処理欄】

処理番号	予定入力	見積書	契約書(請書)	請求書	振込申出書	その他
No.	/	/	/	/	/	/