様式２

**健 康 相 談 申 込 書**

　　　年　　　月　　　日

健康管理センター長　殿

所属名

職員番号

職名及び氏名　　　　　　　　　　　　　　印

（ 自 署 押 印 ）

私は、下記のとおり健康相談を申し込みます。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 健康相談を希望する日時、曜日等 | 第１希望：　　年　　月　　日（　）　：　　～  第２希望：　　年　　月　　日（　）　：　　～  第３希望：　　年　　月　　日（　）　：　　～ |
| 健康相談に係る日程調整、実施日時及び実施場所の連絡先 | 電子メールアドレス  （ハイフン、アンダーバー等を明記してください。） |
| 電話番号（携帯電話等）    ―　　　　　　― |
| その他連絡事項 |
| 相談内容 | （差支えなければ、簡単に記入してください。） |

※事務処理欄（以下は何も記入しないでください。）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受付年月日 | 受付番号 | 受付担当者氏名 |
| 年　　　月　　　日 |  |  |
| 相談日：　　　　　年　　　　月　　　　日（　　　　） | | |