

ストレスチェック申込書

＜ 申込先 ＞ （公財）岩手県対がん協会
健診事務センター

添書不要

F A X : 019-618-0153

事業所名 _____

事業所住所 〒 _____

TEL _____

FAX _____

担当者名 _____

・ 申込みについて

☐

健康診断と同時に、ストレスチェックを申し込む。

料金 1,000 円（税別）

☐

健康診断と別に、ストレスチェックを申し込む。

料金 1,500 円（税別）

☐

ストレスチェックのみ申し込む。

料金 1,500 円（税別）

（氏名、ふりがな、生年月日、性別の受診者名簿が必要となります。）

申し込み人数 _____ 人

・ 結果について

☐

会社控えが必要。（同意書がある方のみとなります。）

☐

基準監督署提出用の結果報告書（様式第 6 号の 3）が必要。

質問等ございましたら、こちらにご記入願います。

問い合わせ先 : 公益財団法人 岩手県対がん協会

健診事務センター TEL 019-618-0151