

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2)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