

ストレスチェック申込書（ 年度）

＜ 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 下

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