亀山市健康経営支援制度登録事項（変更・廃止）届出書

令和 年 月 日

　亀山市健康経営支援制度実施要領第９条に基づき、登録事項の変更または廃止を行いたいため、届出書を提出します。

変更　・　廃止

↓

変更の場合、以下に変更事項のみ記入ください

　（変更前）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業所名称 | |  | |
| 事業所の所在地 | | 〒 - | |
| 管理者  （担当） | 部署・役職 |  | |
| フリガナ | セイ | メイ |
| 氏　　名 | 姓 | 名 |
| 連絡先 | TEL | TEL　　　　　　　　　　( 　　　　 ) | |
| Eメール | ＠ | |
| 従業員数 | | （　　　　　　　） 人 | |

　（変更後）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業所名称 | |  | |
| 事業所の所在地 | | 〒 - | |
| 管理者  （担当） | 部署・役職 |  | |
| フリガナ | セイ | メイ |
| 氏　　名 | 姓 | 名 |
| 連絡先 | TEL | TEL　　　　　　　　　　( 　　　　 ) | |
| Eメール | ＠ | |
| 従業員数 | | （　　　　　　　） 人 | |

　（変更前）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **フリガナ** |  | | | | | | | | | | | | | | |
| **表示される**  **事業所名称** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

　（変更後）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **フリガナ** |  | | | | | | | | | | | | | | |
| **表示される**  **事業所名称** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**【お問い合わせ先】亀山市健康政策課　健康都市推進グループ　TEL 0595-98-5001**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受付日 | 受付者 | 供　覧 | | |
| 令和　　年  ／ |  | 課長 | ＧＬ | 担当 |