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 |