

ストレスチェック 共同実施者申込書

※お手数ですが、申込書は必ずご返送をお願いいたします。

作成日 平成 年 月 日

事業所名		担当部署	
		フリガナ 担当者氏名	
共同実施者の所属 (クリニック名等)		TEL (代表)	()
所在地	〒	TEL (直通)	()
		FAX	()
フリガナ 共同実施者名			
結果の提供範囲	※ <u>下記いずれかに「○」をお願い致します</u> () 受検者すべて () 高ストレス者判定の受検者のみ		
結果の提供方法	※ <u>下記いずれかに「○」をお願い致します</u> () 紙データ () 厚生省のソフトによるデータ		
備考			

※不明な点がございましたら、お問合わせをお願いします。

※「共同実施者を申し込んだ際の流れ」を必ずご確認ください。

一般財団法人 サニーピア医療保健協会

サニーピアクリニック 健康診断室

〒650-0042 神戸市中央区波止場町3番12号

代表 TEL 078-331-6141 FAX 078-392-8621