

企業版ＱＯＬ健診実施希望調査票

事業所名称				
代表者名				
所在地				
参加予定者数	名			
担当者	部署名		氏名	
連絡先	電話		F A X	
	E-mail			
実施希望時期	第1希望	令和 年 月 日又は上・中・下旬	時～	時
	第2希望	令和 年 月 日又は上・中・下旬	時～	時
	第3希望	令和 年 月 日又は上・中・下旬	時～	時
	第4希望	令和 年 月 日又は上・中・下旬	時～	時
実施希望場所	建物名称			
	所在地			
	部屋面積	約 m ²		
通信欄				

(提出先)

担当：〒036－8711

弘前市大字野田二丁目7番地1

弘前市健康こども部健康増進課

(弘前総合保健センター内)

電 話：0172－37－3750

F A X：0172－37－7749