

いわて健康経営認定事業所 認定申請書

令和3年 2月 1日

岩手県知事 達増 拓也 様

社判又は代表印を押印すること

申請者 事業所等の名称 株式会社 ○○○○

代表者職・氏名 代表取締役社長 ○○ ○○

印

いわて健康経営事業所認定制度実施要綱第5の規定により、下記のとおり申請します。

記

- 1 申請区分 (該当する区分にレ点を記入してください。)
 - 新規 (はじめて認定申請する場合)
 - 更新 (有効期間の満了に伴い、再度認定申請する場合)

レ点を記入すること

2 事業所等の概要

所在地	〒020-8570 岩手県盛岡市内丸10-1	必ず支部名まで記載してください
加入している 医療保険者	全国健康保険協会岩手支部 ※ 例：全国健康保険協会○○支部 (必ず支部名まで記載してください。)	
健康経営宣言 年月日	平成28年10月 1日	
担当者 所属・職・氏名	総務部人事係 主任 △△ △△	
連絡先	電話：019-629-5468 FAX：019-629-5474 Eメール：AD0003@pref.iwate.jp	
ホームページURL	https://www.pref.iwate.jp/	

3 誓約事項

認定申請にあたり、次の事項について誓約します。(レ点を記入してください。)

- 「いわて健康経営認定事業所」としての認定基準をすべて満たし、取組を継続して実施します。【必須】
- 県及び協力保険者ホームページに事業所等の名称、所在地、ホームページURL等の内容を掲載することを承諾します。

レ点を記入すること

「評価シート」を必ず添付してください

※「評価シート」(様式第2号)を添付してください。