

## いわて健康経営認定事業所 認定申請書

年 月 日

岩手県知事 達増 拓也 様

申請者 事業所等の名称

代表者職・氏名

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）

2 事業所等の概要

所在地	〒 一		
加入している 医療保険者	※ 例：全国健康保険協会〇〇支部（必ず支部名まで記載してください。）		
健康経営宣言 年月日	年 月 日		
担当者 所属・職・氏名			
連絡先	電話：	FAX：	Eメール：
ホームページURL			

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。

※「評価シート」（様式第2号）を添付してください。