様式第１号(第５関係)

**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 | 〒　　　－ |
| 加入している  医療保険者 | ※ 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 | 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。