# 市町村（組合）負担教職員　相談予定者名簿

巡回健康指導・健康相談を実施するにあたり、統一カルテ（職員健康診断票）準備のため、相談を受ける

予定の**市町村（組合）費負担教職員**の氏名・フリガナ・性別・生年月日（西暦）・職種をお知らせください。

**令和6年度　巡回健康指導・健康相談**

**市町村（組合）負担教職員　相談予定者名簿**

**学校名**

**市町村（組合）**

**費負担教職員**

**学校**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | |
| （注）  県費負担教職員は記入しないでください。 | 氏名（フリガナ） | 性別 | 生年月日（西暦） | 職種 |
| フリガナ |  |  |  |
| 氏　　名 |
| フリガナ |  |  |  |
| 氏　　名 |
| フリガナ |  |  |  |
| 氏　　名 |
| フリガナ |  |  |  |
| 氏　　名 |
| フリガナ |  |  |  |
| 氏　　名 |
| フリガナ |  |  |  |
| 氏　　名 |
| フリガナ |  |  |  |
| 氏　　名 |
| フリガナ |  |  |  |
| 氏　　名 |
| フリガナ |  |  |  |
| 氏　　名 |
| フリガナ |  |  |  |
| 氏　　名 |

（一財）山梨県教職員互助組合

健康管理推進事業担当　 増田

〒400-0031　甲府市丸の内3丁目33‐7

TEL　055-222-2682