

日本通運健康保険組合
常務理事印

事業所名

印

衛生教育関係費用負担申請書

講師派遣要請関係		事業所主催衛生教育関係	
派遣講師名	(内・外)	開催年月日	年 月 日
開催年月日	年 月 日	開催場所	
開催場所		開催内容	
開催内容		対象者	名
対象者	名	費用申請額	円 円
費用内訳	謝礼 円 (但し外部講師の場合)	その他	
その他			

太線内は必ず記載願います。

承認 年 月 日 健保

衛生教育関係費用負担承認書 (日通健保記入)

講師派遣要請関係		事業所主催衛生教育関係	
承認金額	上記申請額 下記の金額 円	承認金額	上記申請額 下記の金額 円 (@ 600円 x 名)
連絡事項	領収書の写しを添付のうえ、請求書をお送りください。	連絡事項	領収書の写しを添付のうえ、請求書をお送りください。

年 月 日

衛生教育実施報告書

担当者名

印

上記教育を実施いたしましたので、ここに報告いたします。

講師派遣要請関係		事業所主催衛生教育関係	
実施年月日	年 月 日	実施年月日	年 月 日
実施内容	別紙関係資料のとおりです。	実施内容	別紙関係資料のとおりです。
参加者数	名	参加者数	名

太線内は必ず記載願います。