

## F A X 送 信 状

\* 参加しない機関: 回答後、FAX等で返信してください。

\* 参加する機関: 必要書類と共に郵送してください。

**FAX 送信先 088-831-4921 高知県総合保健協会 井上 宛**

特定保健指導集合契約(集合 B)への参加の有無について

機関名称 \_\_\_\_\_

代表者氏名 \_\_\_\_\_

1. 特定保健指導の集合契約に(いずれかに「レ」点を記入)

継続参加

新規参加

参加しない

※ 参加されない機関は、おかまいない範囲で理由をお教えてください。

2. 参加する機関は提出書類に「レ」点のご記入をお願いします。

- 本紙(別紙 1)
- 委任状(代表者印を押印したもの)(施設型と巡回型があります)
- 運営についての重要事項に関する規程の概要[保健指導機関]
- 実務経験証明書(1名につき2部作成)(          名分)
- 食生活改善指導担当者研修修了書(写し・1名につき2部)(          名分)
- 運動指導担当者研修修了書(写し・1名につき2部)(          名分)
- 健康運動指導士認定書(写し・1名につき2部)(          名分)