記 載 例

（様式第１号）

平成**２５**年　**７**月　**１**日

（あて先）千葉市長

事業所名　　***株式会社　〇〇〇〇***
所在地　　***千葉市美浜区幸町１－〇－〇***
代表者名　　***千　葉　　太　郎*** 代表者の印 印

事業所の長の氏名

代表者の印を押印

千葉市健康づくり推進事業所認証申請書（新規・更新）

千葉市健康づくり事業（事業所向け）実施要領に基づき申請します。
なお、下記および別添「千葉市健康づくり事業実績報告書」の取り組み内容については、千葉市が公開することを認めます。
また、千葉市健康づくり推進事業所認証マークの使用に際しては、「千葉市健康づくり推進事業所認証マーク使用取扱基準」を遵守します。

(フリガナ) 事業所名 所在地 電話番号 FAX URL	***カブシキカイシャ〇〇〇〇*** ***株式会社〇〇〇〇*** ***千葉市美浜区幸町１－〇－〇*** ***TEL　０４３－〇〇〇－××△△*** ***FAX　０４３－〇〇〇－××□□*** ***URL　http://www.〇〇.△△.jp/***
業種	□農業・林業・漁業　□鉱業　□建設業　□製造業 □電気・ガス・熱供給・水道業　□情報通信業　□運輸業・郵便業 □卸売業、小売業　□金融業、保険業　□不動産業 □宿泊業、飲食サービス業　☑生活関連サービス業、娯楽業 □教育　□医療、福祉　□その他サービス業

主なもの１つにチェック

以下、非公開事項

従業員数	内訳：常時雇用　***３２***人 非常時雇用　***１６***人 ***４８***人
加入する医療保険	□国民健康保険　□全国健康保険協会　☑健康保険組合 □その他
担当者連絡先	所属　***管理部管理課***　役職　***課長***　氏名（フリガナ）　***〇〇　チバ*** 電話番号　***０４３－〇〇〇－××△△*** e-mail　***〇〇××@△.ｅmail.ne.jp***

申請時の人数

常時雇用者が加入する医療保険をチェック

認証マークを受け取るアドレス

千葉市健康づくり事業（事業所向け）実施要領第３条について該当するものにチェックをすること。

☑ 市税（本市が賦課徴収するものに限る）、消費税及び地方交付税、所得税または法人税の未納がない
☑ 千葉市暴力団排除条例第９条に規定する暴力団員等又は暴力団と密接な関係にない
☑ 法令に違反していない

該当するものをチェック

市から取り組みの確認等、連絡を入れる場合があります。対応者の連絡先を記入してください。