

年 月 日

（宛先）新潟市長

申込者 所在地

事業所名

代表者名

新潟市歯周病リスク見える化事業利用申込書

下記確認事項について確認し、新潟市歯周病リスク見える化事業実施要綱第6条の規定により、次のとおり申し込みます。

事業所の名称				
所在地	〒			
従業員数等 について	従業員数 (A)	役員数 (B)	(A) + (B)	歯周病リスク検査 実施希望者数
問合先	所属			
	担当者名			
	TEL			
	FAX			
	E-Mail			
業種	<input type="checkbox"/> 建設業 <input type="checkbox"/> 製造業 <input type="checkbox"/> 情報通信業 <input type="checkbox"/> 運輸業・郵便業 <input type="checkbox"/> 卸売業・小売業 <input type="checkbox"/> 金融業・保険業 <input type="checkbox"/> 不動産業・物品賃貸業 <input type="checkbox"/> 宿泊業・飲食サービス業 <input type="checkbox"/> 医療・福祉 <input type="checkbox"/> 教育・学習支援業 <input type="checkbox"/> サービス業 <input type="checkbox"/> その他 ()			
健康保険 (正規従業員加入)	<input type="checkbox"/> 全国健康保険協会（協会けんぽ） <input type="checkbox"/> 健康保険組合 () <input type="checkbox"/> 国保 () <input type="checkbox"/> その他 ()			

以下の項目について確認し、当てはまる項目の記入欄にチェック（✓）を記入してください。

確認事項	記入欄
にいがたヘルスパートナー登録制度実施要綱第7条に基づく「にいがたヘルスパートナー」について	登録済である。 <input type="checkbox"/>
	申請中である。 ※にいがたヘルスパートナーへの登録決定が、 歯周病リスク見える化事業利用決定の条件となります。 <input type="checkbox"/>

※ご記入いただいた情報は、本事業及びデータ分析のために使用させていただきます。