

## 【様式4】

年 月 日

## 特定健康診査受診率向上対策業務及び特定保健指導等業務に係る実施体制

商号又は名称			
代表者職・氏名		設立年月日	
所在地			
統括責任者職・氏名			
電話番号		FAX 番号	
E-mail			
特定保健指導 責任者職・氏名			
電話番号		FAX 番号	
E-mail			
特定健康診査受診率向上 対策責任者職・氏名			
電話番号		FAX 番号	
E-mail			
危機管理責任者職・氏名			
電話番号		FAX 番号	
E-mail			
苦情対応責任者職・氏名			
電話番号		FAX 番号	
E-mail			
個人情報取扱 責任者職・氏名			
電話番号		FAX 番号	
E-mail			