

返信先 FAX 03-3265-0083

日本人間ドック学会 集合契約担当 行

## 【集合契約登録情報変更届】

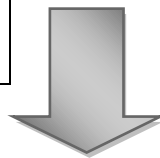
平成26年度中に登録内容に変更が生じた場合にご使用ください。

\*現在の登録内容\* ①～⑥ すべてご記入ください。

①健診・保健指導機関番号（10桁）	
②実施機関名	
③郵便番号	
④所在地（住所）※要都道府県名	
⑤電話番号	

⑥受託業務 ※1		
特定健康診査	特定保健指導	
	動機付け支援	積極的支援

※1 受託業務の欄は、受託する項目に「○」を記入。  
(受託していない場合は空欄のこと)



\*変更あり新登録内容\* 変更があった箇所のみご記入ください。

①健診・保健指導機関番号（10桁）	
②実施機関名	
③郵便番号	
④所在地（住所）※要都道府県名	
⑤電話番号	
*書類記入担当者名／部署名	

- ・①～④は支払基金等へ届け出る(あるいは届けでている)内容と差異のないこと。
- ・⑤は、予約直通など正確に担当部署に通じる番号を記入してください。

⑥受託業務 ※1		
特定健康診査	特定保健指導	
	動機付け支援	積極的支援

※1 受託業務の欄は、受託する項目に「○」を記入。  
(受託しない場合は空欄のこと)

&lt;お問い合わせ&gt;

公益社団法人 日本人間ドック学会 集合契約担当

TEL03-3265-0079 FAX03-3265-0083