様式第1号－3（第3条第3項）　　（18歳から38歳の健診）

保健事業実施機関 指定申請書

令和　　年　　月　　日

柏市長　　宛て

（開設者・管理者）　医療機関所在地

〒

氏名（法人の場合は法人名及び代表者職・氏名）

（法人名）

（ふりがな）

連絡先電話番号

保健事業実施機関の指定を受けたいので，柏市国民健康保険等保健事業利用費助成規則第3条第3項の規定により，次のとおり申請します。

医療機関の名称(*)	
開設場所(*)	〒 電話番号
管理者氏名 （医師会Ａ会員氏名）	

(*)受診者に配付する医療機関名簿に掲載する内容となります。

【柏市使用欄】

指定日	令和　年　月　日	指定番号				－					＜受付＞
＜備考＞											

※柏市医師会確認欄

上記医療機関について，次の要件を満たしていることを確認し，保健事業実施機関として推薦します。

(1)当該医療機関は，柏市国民健康保険特定健診の実施医療機関である。

令和　　年　　月　　日

柏市医師会　会長　　長 瀬 慈 村