令和〇年〇月〇日

垂水市保健課長　殿

〇〇〇〇会社

代理取締役社長　　　　印

〇〇　〇〇

風しん抗体検査等クーポン券の発行依頼について

（風しんの追加的対策に伴うクーポン券）

　標記の件について、弊社における職員の検診等の受診率向上及び職員の健康増進のため、下記のとおり、対象職員のクーポン券を一括にて、弊社へ送付いただけますようお願いいたします。

　なお、本クーポン券には、個人情報が掲載されていることから、本件については、対象者からの同意を得ております。

記

１　送付対象者

　　別紙一覧表のとおり

２　送付先

　　〇〇〇〇〇〇〇〇会社

　　〇〇〇〇〇〇〇宛

　　〒〇〇〇-〇〇〇

　　垂水市〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇

３　問い合わせ先

　　〇〇〇〇〇〇〇〇会社

　　担当：〇〇〇〇〇〇〇

　　電話：〇〇〇〇－〇〇－〇〇〇〇

（別紙）

風しん抗体検査等クーポン券の発行依頼における対象者一覧

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 氏名 | 住所 | 生年月日 |
| １ |  |  |  |
| ２ |  |  |  |
| ３ |  |  |  |
| ４ |  |  |  |
| ５ |  |  |  |
| ６ |  |  |  |
| ７ |  |  |  |
| ８ |  |  |  |
| ９ |  |  |  |
| 10 |  |  |  |