

（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 (A)		役員数 (B)		計 (A+B)		[再掲] 40歳未満の 従業員数	
問合先	所属						
	担当者名						
	連絡先	TEL E-Mail	FAX				
業種	<input type="checkbox"/> 建設業 <input type="checkbox"/> 運輸業・郵便業 <input type="checkbox"/> 不動産業・物品賃貸業 <input type="checkbox"/> 教育・学習支援業		<input type="checkbox"/> 製造業 <input type="checkbox"/> 卸売業・小売業 <input type="checkbox"/> 宿泊業・飲食サービス業 <input type="checkbox"/> サービス業		<input type="checkbox"/> 情報通信業 <input type="checkbox"/> 金融業・保険業 <input type="checkbox"/> 医療・福祉 <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"/> 国保（ ）		<input type="checkbox"/> 健康保険組合（ ） <input type="checkbox"/> その他（ ）				

以下の項目について確認し、相違ない場合は、回答欄にチェック（✓）を記入してください。

確認事項	記入欄
市税の滞納はありません。	
民事再生法及び会社更生法に基づく再生又は更生手続開始の申立てをしていません。	
暴力団又は暴力団員が経営、運営に関係している事業所ではありません。	
代表者の他に従業員が1名以上います。	

※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。