

臓器提供意思表示シール（リーフレット）送付依頼書

健康保険 事業所記号	_____
事業所名称	_____
ご担当者名	_____
連絡先 電話番号	( _____ )

リーフレット（シール付）希望部数	_____部
------------------	--------

- ※リーフレットの大きさは、10 cm×21 cm（三つ折後）となります。
- ※この依頼書は、事業所ごとに一月単位で提出願います。
- ※当組合では、月末に依頼書を取りまとめて発送作業を行います。

◆当組合からの通知文等の送付先と異なる送付先を希望される場合は、下記にご記入願います。

所在地 〒 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

名称・  
宛名等 \_\_\_\_\_