別紙1

令和　　年　　月　　日

陸上貨物運送事業労働災害防止協会

大分県支部　支部長　殿

住　　所

会社名称

代表者　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　担当者氏名

　　　　　　連絡先

**ストレスチェック実施に伴う助成申請書**

みだしについて、下記のとおり実施しましたので請求します。

記

1. 請求額

　　　　　　　　　　　　　　　　円（対象人員×500円）

1. 対象人員

　　　　　　　　　　　　　　　　名（会員名簿記載登録台数、最大50名まで）

1. ストレスチェック委託先名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　(産業医、医療機関等実施機関等名称)

1. 振込先口座

金融機関名・支店名

預金の種別

口座番号

口座名義(ふりがな)

1. 添付書類

請求書・領収書