別紙３

令和　　年　　月　　日

茨城県学校保健会長　様

学 校 名

学校長名

住　　所　　〒

電　　話

**健康手帳（変更・追加）申込書〈新入生用〉**

このことについて、下記のとおり変更がありましたので申し込みいたします。

記

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 担当者名 | | |  | | | |
| 種類 | 当初申込数 | 追加数 | | 減少数 | 変更後の  合計冊数 | その他（乱丁） |
| 小学校版 （275円） |  |  | |  |  |  |
| 中学校版 （255円） |  |  | |  |  |  |

　　（注）当初申込数・・・すでに申込済みの冊数

　　　　　追加数・・・新たに追加する冊数

　　　　　減少数・・・申込み後、減少する冊数　（受付締切日　令和7年1月31日）

　　　　　変更後の合計冊数・・・追加数、減少数を含めた冊数

　　　その他（乱丁）・・・乱丁で交換を必要とする場合

《留意事項》

　・減少数の申込みにつきましては、受付締切日以降は変更できません。

　・**乱丁がある場合は、ご連絡のうえ現物を添付してお送りください。**

　・新入生用以外の追加申込みは、別紙５「健康手帳追加申込書」にて手続きをお願いします。

茨城県学校保健会（担当　後藤）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〒310-0802　水戸市柵町1-3-1　水戸合同庁舎内

TEL029-297-8220　FAX029-297-7955

E-mail：hokenkai@sunshine.ne.jp