別紙５　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（学校購入用）

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

**健康手帳追加申込書**

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 | 申込数 | 追加数 | | 追加後の  合計冊数 | その他（乱丁） |
| 小学校版 （250円） |  |  | |  |  |
| 中学校版 （230円） |  |  | |  |  |

　　（注）申込数・・・すでに申し込み済みの冊数

　　　　　追加数・・・新たに追加する冊数

　　　　　変更後の合計冊数・・・追加数を含めた冊数

　　　その他（乱丁）・・・乱丁で交換を必要とする場合

《留意事項》

　・過年度版の追加申し込みは、追加数の欄にのみ「〇年度版〇冊」と記入してください。

　・乱丁がある場合は、ご連絡のうえ現物を添付してください。

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