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、下記のとおり申し込みいたします。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 担当者名 | |  | |
| 種類 | 追加数 | | その他 |
| 小学校版 （275円） |  | |  |
| 中学校版 （255円） |  | |  |

　　　　　（注）　追加数・・・新たに追加する冊数

**〈留意事項〉**

**・過年度版の追加申し込みは、その他の欄に「〇年度版〇冊」と記入してください。**

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