様式２

保険者の概要

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 保険者名 |  | 代表者名 |  |
| 担当者 | 氏名  ＴＥＬ  ＦＡＸ  Ｅ－mail |
| 住所 | 〒　　　－ |
| 代表電話番号 |  |
| 概要 |  | | |
| 活動内容 |  | | |

　※コンソーシアム形式の場合には、保険者ごとに本様式を作成すること。

　※活動内容欄には、普段取り組んでいる保健事業等の活動内容を記載すること。