

特定保健指導 申込用紙

★ Faxでのお申込は Fax：06-6304-4032

★ 郵送でのお申込は 返信用封筒にて郵送ください。

| | | | |
|------|---|---|---|
| 記入日 | 年 | 月 | 日 |
| フリガナ | | | |
| 氏名 | | | |

● 下記の6つのうち、いずれかを選んで☑のご記入をお願い致します。

- ①直接の面談希望。
- ②スマートフォン使用のビデオ通話にて面談希望。
- ③PC使用のビデオ通話にて面談希望。
- ④テレビ電話にて面談希望。(②・③ができない場合)
※テレビ電話用の専用タブレットはを貸し出します。但し、タブレットの台数に限りがございます。
- ⑤電話またはメールで詳しい説明を聞いて検討します。
- ⑥辞退します。(理由：)

※ビデオ通話については、Skypeを使用します。事前にダウンロードとアカウントの作成が必要です。ダウンロード等確認後に上記②または③にチェックしてお申し込みください。ご面談までに一度ビデオ通話のテストを実施させていただきます。状況によってご希望の面談手段に添えない場合がございますので予めご了承ください。

● 上記①～⑤をお選びの場合、ご記入をお願い致します。

| | | | | |
|----------------------------|--|---|---|------------|
| 電話番号 | 自宅： | - | - | (都合の悪い時間) |
| | 携帯： | - | - | (都合の悪い時間) |
| メールアドレス | PC： | | | |
| | 携帯： | | | |
| Skypeアカウントの電話番号またはメールアドレス | | | | |
| <small>※②③ご希望の場合のみ</small> | <small>★こちらにご記入いただいた電話番号またはメールアドレスからアカウントを検索させていただきます。</small> | | | |

● 上記①～④をお選びの場合、下記項目にご記入をお願い致します。

| | | | | | |
|-------------------------------------|----------|--|----|---|----|
| ご面談希望日 | 月 | | 午前 | ・ | 午後 |
| | 火 | | 午前 | ・ | 午後 |
| | 水 | | 午前 | ・ | 午後 |
| | 木 | | 午前 | ・ | 午後 |
| | 金 | | 午前 | ・ | 午後 |
| ※可能な時間をすべて ○で囲んでください。 (土日祝除く) | | | | | |
| ご面談希望場所 | ご面談希望場所： | | | | |
| ※直接面談をご希望の場合のみ | 所在地： | | | | |

個人情報の取り扱いについて：ご提供いただいた個人情報は、特定保健指導の業務以外には使用致しません。

| | | |
|---------|-------------------------------------|--|
| お問い合わせ先 | 【近畿電子産業健康保険組合】 TEL. 06-4708-7451 | 【株式会社医療情報システム】委託事業者 TEL. 0120-630-346 |
|---------|-------------------------------------|--|