



株式会社保健支援センター FAX 申込書

FAX : 096-285-7005

■基本情報

| | | | | | |
|------|-----|------|----|-------|-------|
| フリガナ | | | | 保険証記号 | 保険証番号 |
| 氏名 | | | | | |
| 性別 | 男・女 | 生年月日 | 西暦 | 年 | 月 日 |

■面談場所について ※いずれかをご選択のうえご記入をお願いいたします。

| | | | | | |
|---|-------------------------------|---------------------------------|------------------------------|------|--|
| 希望面談場所 ※ご希望の場所に☑ | <input type="checkbox"/> ご自宅 | 〒 _____ | | | |
| | <input type="checkbox"/> 喫茶店等 | <input type="checkbox"/> 自宅最寄り | お手数ですがご自宅の住所を上記欄(↑)にご記入ください。 | | |
| | | <input type="checkbox"/> 勤務先最寄り | 企業名 | 所属部署 | |
| | | | 〒 _____ | | |
| ※喫茶店等の名称や詳細な場所等は、相談員からの日程調整の電話の際にご申告ください。 | | | | | |

■面談日時について ※後日、相談員から面談日時調整のためのご連絡が入ります。

| | | | | | | | | |
|------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------|--------------------------|--------|--------------------------|---------|
| 希望面談曜日 | 月・火・水・木・金・土・日 | | | | | | | |
| 連絡先 ※繋がりやすいに☑ | 携帯 | <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| | 勤務先 | <input type="checkbox"/> | 内線 | | | | | |
| | 自宅 | <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| 電話が繋がりやすい曜日 (複数選択可) | 月・火・水・木・金・土・日 | | | | | | | |
| 電話が繋がり易い時間帯 | <input type="checkbox"/> | 9~12時 | <input type="checkbox"/> | 12~13時 | <input type="checkbox"/> | 13~18時 | <input type="checkbox"/> | 18~19時半 |

※個人情報の取り扱いにつきまして、本件で知り得た個人情報は本事業の関連業務以外には使用いたしません。



お問い合わせ先

- 近畿電子産業健康保険組合 (担当: 特定保健指導係) TEL: 06-4708-7451
 - 保健支援センター (担当: 近畿電子産業担当) TEL: 0120-62-3833(平日 9:00~17:30)
- ※お問い合わせの際は、近畿電子産業健康保険組合の加入者であることをお伝えください。