**ＦＡＸ送信先**

**096-360-7130**

**（保健支援センター）**

ＦＡＸもしくは郵送、E-mailにて、**●月●日（●）までに**ご返送ください。

ＦＡＸもしくはE-mailにて５月３１日（土）までにご返送下さい。

　　※郵送で提出される場合は、●月●日（●）までにポストにご投函ください。

**ＦＡＸ：０３-５７８８-８７２８　E-mail：U311000@tn-sanso.co.jp**

生活習慣病予防のための特定保健指導申込書

■特定保健指導プログラムに申し込みます。（□にチェックをお願い致します）

　□　１．はい　　　□　２．いいえ　（理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

■希望の委託会社　（下記３社よりご希望の事業者に☑してください。）

□ ①カルナヘルスサポート　□ ②SOMPOヘルスサポート　□ ③ＲＩＺＡＰ

■基本情報　（※上記で「２．いいえ」を選択された方は、所属とお名前のみご記入ください。）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 所　属  （会社名・部署名等） |  | | |
| フリガナ |  | | |
| 氏　名 |  | | |
| 性　別 | 男　・　女 | 生年月日 | 西暦　　　　年　　　月　　　日 |
| 現住所（自宅） | 〒　　　- | | |
| 連絡先お電話番号 | (勤務先・自宅・携帯) | | |
| メールアドレス  （WEB面談用） |  | | |

■面談日時の調整 　①カルナヘルスサポートを選択された方のみ記入

※後日、記載のお電話番号に相談員から面談日時調整のためのご連絡が入ります。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 連絡先  ※**全ての連絡先**をご記入いただき、日中繋がり易い連絡先に☑してください。 | 勤務先 | | ℡ | | | | 内線(　　　) | | □ |
| 携帯電話 | | ℡ | | | | | | □ |
| 自宅 | | ℡ | | | | | | □ |
| 電話が繋がり易い  曜日、時間帯　　　　　　　　　　　　（複数選択可） | | 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 ・ 日 | | | | | | iPad貸与 | |
| □ | | 9～13時 | □ | 13～1８時 | | □ 希望 | |

※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**

大陽日酸健康保険組合　TEL：03-5788-8132　E-mail：U311000@tn-sanso.co.jp

※お問い合わせの際は、特定保健指導の件であることをお伝えください。