

# 特定保健指導 個人実施用申込書

【FAX】096-285-7005

【FAX】または【郵送】にてご返送ください

## 1 基本情報 ※必須項目のため、ご記入漏れのないようお願いします。

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) 19 年 月 日

## 2 面談方式について ※対面面談・ICT面談のいずれかをご選択の上、下記にご記入をお願いします。

対面面談：担当相談員がお伺いします。希望場所に☑を入れ、「自宅もしくは勤務先のご住所」をご記入ください。

喫茶店にて実施する場合は、記載いただいたご住所付近にて店舗を決定します。日時調整の際に担当相談員にご相談ください。

ICT面談：ICT面談用の資料をお送りします。面談ツールに☑を入れ、「メールアドレス」および「面談資料送付先」をご記入ください。

Zoomをご希望の場合は、事前にZoomのホームページにて接続テストの実施をお願いします。

<input type="checkbox"/>	対面 面談	<input type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> 勤務先	<input type="checkbox"/> 喫茶店 (自宅付近)	<input type="checkbox"/> 喫茶店 (勤務先付近)	
		自宅 もしくは 勤務先		〒 ※勤務先の場合は、会社名および所属部署名までご記入をお願いします。		
<input type="checkbox"/>	ICT 面談	面談ツール▶	<input type="checkbox"/> Zoom	<input type="checkbox"/> FaceTime (iPhone・iPadのみ)		
		メール アドレス	※メールアドレスはICT面談時に使用いたします。メールによる面談の日程調整は致しかねます。			
		面談資料 送付先	〒 ※勤務先の場合は、会社名および所属部署名までご記入をお願いします。			

## 3 面談日時について ※お申込み後、1か月以内に担当相談員より日時調整のご連絡をいたします。

希望面談曜日	月・火・水・木・金・土日				
電話番号 繋がりやすい 連絡先に☑	<input type="checkbox"/> 自宅	—			—
	<input type="checkbox"/> 携帯	—			—
	<input type="checkbox"/> 勤務先 (外線)	—			—
電話がつながりやすい曜日	月・火・水・木・金・土日				
電話がつながりやすい時間帯	<input type="checkbox"/> 9~13時	<input type="checkbox"/> 13~18時			

※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。

お問合せ先

■株保健康支援センター(担当:小林) TEL:0120-62-3833 (平日 9:00~17:30)

※お問い合わせの際は、パッケージ工業健康保険組合の加入者であることをお伝えください。