

特定保健指導申し込みシート（個人さま用）

【申込】 FAX：047-437-5565 お申し込み日 平成 年 月 日

お名前・性別	(フリガナ) 男 ・ 女					
生年月日	昭和	年	月	日		
ご加入の 健康保険組合名	<input type="checkbox"/> 全国健康保険協会.....支部 <input type="checkbox"/>健康保険組合 <input type="checkbox"/>共 済 組 合					
特定保健指導 利用券	あり ・ なし					
特定保健指導区 分 (※1)	積極的支援 ・ 動機付け支援					
ご希望の 面談日時	第 1 希望	平成	年	月	日()	時～
	第 2 希望	平成	年	月	日()	時～
	第 3 希望	平成	年	月	日()	時～
日中のご連絡先 (※2)	FAX					
	TEL					

※1・特定保健指導区分は健診結果または特定保健指導利用券でご確認ください。

※2・面談日を折り返しご連絡いたします。日中のご連絡先は FAX か TEL のいずれかに必ずご記入いただきますようお願いいたします。
 いずれにもご記入いただいている場合は、まず、お電話でご連絡いたします。

尚、お申し込みから1週間経っても返信がない場合、また、ご不明な点等がございましたら下記までお問い合わせください。

独立行政法人地域医療機能推進機構
 船橋中央病院 健康管理センター ドック勤務室
 FAX 047-437-5565
 TEL047-433-5885(内線 2850) 平日 12 時～16 時 30 分