

様

連絡先のおたずね

本日は、特定保健指導をご利用いただき、ありがとうございます。
 今日からあなたの健康管理を継続的に支援させていただくために、実施方法や連絡方法・連絡先と優先順位をご記入ください。
 お手数をおかけしますが、よろしくお願いいたします。

※ご提供いただいた個人情報は、目的以外には使用いたしません

全国健康保険協会 ○○支部 保健グループ

担当： _____

〒○○○-○○○○

(支部住所)

(支部電話番号)

----- キリトリ ----- キリトリ -----

※協会記入欄

令和 年 月 日

優先順位	実施方法・連絡方法	連絡先 (ご希望の連絡方法の情報のみご記入ください)		ご希望など
	【面接】 (原則、3か月後に1回実施)	職場	事業所での面接を希望する	
		職場以外(支部)	事業所以外での面接(協会支部)を希望する	
	【郵便】	職場	〒 _____	
		自宅	市 郡 区 町 村	
	【電話】	職場	_____	電話連絡希望日 ()曜日 電話連絡希望時間帯 ()時頃
		自宅	_____	
		携帯	_____	
	※ 【FAX】	職場	_____	
		自宅	_____	
	※ 【メール】	職場	_____@	
		自宅	_____@	
		携帯	_____@	

※ 個人情報を含むものは、FAX・メールを使用いたしません。