申込書

【以下の項目をご記入ください】

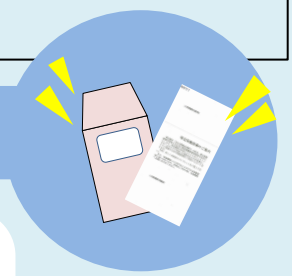
記号・番号	記号（左詰め）　番号（左詰め） ※資格情報のお知らせ等に記載されている記号と番号をご記入ください。
フリガナ **氏名**	
自宅住所	〒
電話番号 （日中ご連絡が可能な番号）	（　　）　　－

ご希望の日程 ※1か月程度先の日付をご記入ください。 ※午前か午後にマルをつけてください。	【第1希望】　令和　年　月　日　午前・午後 【第2希望】　令和　年　月　日　午前・午後 【第3希望】　令和　年　月　日　午前・午後
ご希望の面談方法 ※ご希望の方法に☑をお願いします。	☐ 対面での実施を希望します 面談希望場所をお知らせください ➡ ☐ 自宅周辺の公共施設（公民館等） ☐ その他（下線部に希望場所をご記入ください） ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ☐ Zoomでの実施を希望します （Zoom使用に伴う通信料等はご負担ください）

《注意事項》

- 公共施設の予約は協会けんぽが行います。施設利用料は協会けんぽが負担します。
- 対面での実施の場合、ご自宅への訪問は行っておりません。
- ご希望の日程や場所に沿えない可能性があります。ご了承ください。

健康相談会には**特定保健指導利用券**が必要です。



【 申し込み・お問い合わせ先 】

全国健康保険協会 鳥取支部　保健グループ
協会けんぽ

☎ 0857-25-0050
FAX 0857-25-0060

〒680-8560
鳥取市今町2丁目112番地
ｱｸﾃｨ日ノ丸総本社ﾋﾞﾙ5階