(20181003)

下記の参加申込書に必要事項を記入し、メールまたは社内便にて返信願います。

* 添付ファイル名は記号－番号＋氏名（例：１－９９９９ＸＸＸＸ）としてください。
* 添付ファイルの利用が出来ない場合、メール本文に必要事項を記入し、返信いただいても結構です。

―――――――――――――――――――――――――――――――――――――――――――――――――

**特定保健指導参加申込書**

☑　私は、特定保健指導プログラムへの参加を希望します

|  |  |
| --- | --- |
| 保険証番号 | 　　　　　　－　　　　　　　　　 |
| 社員番号社員のみ |  |
| 氏名（ふりがな） | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　男　・　女　） |
| Ｅメールアドレス | （　自宅　・　勤務先　・携帯　） |
| 電話番号 | 1.

（　自宅　・　勤務先　・携帯　）1.

（　自宅　・　勤務先　・携帯　） |
| 諸連絡および指導・支援などの連絡について | 基本的には、平日９：００－１７：００の時間帯にご連絡させていただきます。　電話連絡の都合の悪い時間帯がございましたら、以下にご記入ください。電話不可時間帯（　　　　：　　　　　－　　　　：　　　　） |
| 資料送付先ご住所　郵便番号　都道府県からのご住所 | 〒　　　　　－　　　　　　　 |
| スマートフォンの利用状況 | （　利用している　・　利用していない　） |
| 利用しているスマートフォンの情報 | スマートフォンを利用している場合、スマートフォンの情報をご記入ください。ＯＳの種類（　iOS　・　Android　）ＯＳのバージョン（　　　　　　　　） |
| 利用可能なＴＶ電話アプリ | スマートフォンを利用している場合、面接をＴＶ電話アプリで実施可能であれば、利用可能なＴＶ電話アプリについてご回答ください。（　可能　・　不可能　）「FaceTime」 ※Apple製 iOS用（　可能　・　不可能　）「GoogleDuo」 ※Google製 iOS用／Android用 |
| CAReNAの利用状況 | スマートフォンアプリ「CAReNA」の利用状況を教えてください。（　利用中　・　利用していた　・　利用したことがない　・　知らない） |
| 備考連絡事項があれば記入ください |  |