　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 (20190801)

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 | － | 生年月日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 社員番号  被扶養者は記入不要 |  | 性別 | （　男　・　女　） |
| 氏名（ふりがな） |  | | |
| 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 ） 2. （ 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 | 〒　　　　　－ | | |
| 活動量計の利用希望 | （　希望する　・　希望しない　）  ※特定保健指導終了後もご活用ください（返却不要） | | |
| 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　） | | |
| 自宅でのWifi環境の有無 | （　有り　・　無し　・　不明　） | | |
| 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（　　　　　　　　）  機種名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 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」に関する、あなたの認識を教えてください。  （ 利用中 ・ 利用していた ・ 知っているが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してください |  | | |