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。
* 別途「特定保健指導実施に係わる同意・承諾書」および、「個人情報の取り扱い同意書」もご返送ください

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

**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（　　　　：　　　　　－　　　　：　　　　） |
| 資料等送付先ご住所　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） |
| えらべるご褒美 | （　不要　・①ポイント　・②血圧計　・③ボトル　・④ミル　・⑤バッグ　）　※①は社員（被保険者）のみが選択できます |
| スマホの利用状況 | （　利用している　・　利用していない　） |
| 利用中のスマホ情報 | 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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 面接の実施方法※TV電話アプリについては「スマホでできる生活習慣改善プログラム」を参照ください | ご希望の面接実施方法について、ひとつご選択ください。□　ご自身のスマホのTV電話アプリ「FaceTime（iOSに標準装備）」で実施□　ご自身のスマホのTV電話アプリ「GoogleDuo（Google製）」で実施□　健保からタブレットを借用して実施（資料等送付先ご住所にお送りします）□　対面での面接を希望（東京都予防医学協会（市ヶ谷）にお越しください） |
| 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 |  |

(20200901)