**スギ薬局特定保健指導 参加申込書**

ID:

太枠内を記入し、**必ず返信をお願いいたします**。下記、確認事項の内容をご確認の上、お申込みください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 記入日 | 年　　　　　　　　月　　　　　　　　日 | | |
| ふりがな |  | | |
| 氏名 |  | | |
| 保険証  記号・番号 | － | | |
| 生年月日 | 年　　　　　　　月　　　　　　　日 | 性別 | 男　　　　・　　　　女 |
| 連絡先 | 自宅　　　　　　　　　　　　　　　　　　－　　　　　　　　　　　　　　　－ | | |
| 携帯電話　　　　　　　　　　　　　　　－　　　　　　　　　　　　　　　－ | | |
| 希望店舗名 |  | | |
| 希望曜日 | 月　　　・　　　火　　　・　　　水　　　・　　　木　　　・　　　金　　　・　　　土　　　・　　　日 | | |
| 希望時間帯 | 10:00~13:00　　　　・　　　　13:00~17:00　　　　・　　　　17:00~21:00 | | |
| 備考欄  (不参加理由等) |  | | |

希望店舗は実施店舗一覧をご参照ください。

※ご希望の内容を踏まえ、スギ薬局担当者から実施店舗・日時のご連絡をさせていただきます。

**≪確認事項≫**

以下の内容に該当する方に関しましては、今回は特定保健指導にご参加いただけない場合がございます。

該当項目がある場合は、担当者までお知らせください。

■現在a～cの薬を服用している方

a.血圧を下げる薬

b.インスリン注射　または　血糖を下げる薬

c.コレステロール 　または　中性脂肪を下げる薬

※特定保健指導期間中に服薬を開始された方、もしくは受療を開始された方には、別途ご対応いたします。