　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。  □　ご自身のスマホまたはPCを使用して「Zoom」で実施  □　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  あれば記入してください |  | | |

(20201201)