

令和4年度特定保健指導申込書 （連絡先調査票兼同意書）

保健指導の実施にあたり希望面談場所の住所・電話連絡先等の確認が必要となりますので、下表の必要事項をご記入頂き、誤送付にご注意の上、メール添付（送信先: info@likekenpo.com）またはFAX（06-6362-1132）にてご提出ください。

※3か月以内に退職を予定されている方は、申込をお控えください。

～ 訪問先等についての調査欄 ～

面談希望場所等	① 自宅(対面)		② 勤務先(対面)		③Zoom(遠隔)	
保健指導コース	① 通常コース(5か月コース)			②モデルコース(3～5か月コース)		
※モデルコースは健診時より、体重2kg・腹囲2cm以上減少できた場合は3か月で終了となります。						
保険証記号			保険証番号			
フリガナ						
氏名						
性別	男 ・ 女		生年月日		西暦	
					19 年 月 日	
※①自宅での面談を希望の場合 自宅住所	〒 —					
※③遠隔面談を希望の場合 資料送付先となります						
※②勤務先での面談を希望の場合 勤務先住所	〒 —					
※③遠隔面談を希望の場合 資料送付先となります						

～ 訪問アポイント連絡先等の調査欄 ～

※当組合委託先のSOMPOヘルスサポート株式会社健康相談員より0120-559-870の番号から連絡します※

お電話の繋がりが易い曜日・時間帯に○をご記入ください。希望時間帯が絞れない場合は、全ての時間に○を記入してください。

時間帯の目安は【午前:9時～12時】【午後:12時～18時】【夜間:18時～20時】です。

※可能な限り平日の日中に連絡がつく電話番号をご記入ください。（折り返しがないケースが発生しているため、2番目は勤務先とします）

1番目				いつでも	平日の日中 (9時～18時)	平日の夜間 (18時～20時)	土日祝の日中 (9時～18時)	土日祝の夜間 (18時～20時)
希望連絡先(○をつけてください)								
勤務先	携帯電話	会社携帯	自宅					
TEL: ()	-	(内線:)		○	○	○	○	○
2番目				いつでも	平日の日中 (9時～18時)	平日の夜間 (18時～20時)	土日祝の日中 (9時～18時)	土日祝の夜間 (18時～20時)
※ご希望の連絡先に再三架電しても折り返しがないとき用								
勤務先名称:								
TEL: ()	-	(内線:)		○	○	○	○	○

※勤務先での面談を希望される場合は、日程が決まり次第、面談場所の確保をお願いいたします。

※訪問先及び面談方法とアポイント先の調査であり、この用紙ではアポイント日の指定や面談日の指定は行えません。

委託先は、プライバシーマークを取得し個人情報の保護に留意しており、当組合とも個人情報管理に関する契約を締結しておりますのでご安心下さい。

【特定保健指導の実施にかかる同意欄】

- 自発的な参加: 特定保健指導は強制ではないことを理解し、自らの健康のために最終評価まで自発的に取り組みます。
- 電話対応: 0120-559-870からの電話に回答できなかったときは、できる限り早く折り返し電話するようにします。
- URL等への入力等: 指定のURL等に体重や歩数の記録、行動目標の達成状況の入力(◎○△×から選択)をします。
- 電話支援への変更: メール支援が困難になった場合は電話支援への変更があることを承諾します。
- 途中辞退: 退職等の理由により、やむをえず途中で辞退することになったときは、速やかに相談員に連絡します。

※ご確認の上、□にレを付してください(付されていない場合は、確認のためご連絡させていただきます)。