

参加同意書

参加をご希望の場合は、同封の記入例を参考に以下の項目をご記入の上、返信用封筒にてご返送ください。（参加を希望されない場合は、記入及び返送は不要です。）

【申し込み期限: 令和6年7月31日まで】

私は、令和6年度の糖尿病性腎症重症化予防プログラムへの参加に同意します。

カナ氏名	ヒホケンシャ シメイ 008
氏名	被保険者氏名 テスト008
生年月日	1956年11月11日
住所	住所1 テスト住所1 テスト住所1 テスト住所2 テスト住所2 テスト住所2 テスト
医療機関名	〇〇〇病院

※本プログラムへの参加にあたり、かかりつけ医からあなたの健康に関する情報を提供いただくことをご了承ください。

保健指導会社からお電話します。その際の電話番号をご記入ください。

※お申込後、担当専門職からご連絡します。（発信番号は0120-559-870です）

電話番号	携帯	自宅
	— —	— —

支援希望時間帯、場所をご記入ください。

支援が可能な時間帯すべてに <input checked="" type="checkbox"/> (チェック)をつけてください。	記載いただいた時間帯の中で優先的に支援日を調整いたしますが、異なる曜日や時間帯となる可能性がありますことをご了承ください。						
	いつでも	平日		土曜		日曜・祝日	
		午前	午後	午前	午後	午前	午後
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
自宅以外での支援(会場)を希望する場合は <input checked="" type="checkbox"/> (チェック)をつけてください。	自宅での支援が難しい場合は、 別途ご連絡する会場 にて支援が可能です。 ※会場までの交通費は、自己負担となります。						
	<input checked="" type="checkbox"/>	自宅以外での支援(会場)を希望します。					

※ICT(Zoom)での支援をご希望の場合は、保健指導会社からの連絡時にお申し出ください。