

令和◎年度 特定保健指導 ご希望の方

利用申込書

申込締切日:○月●日(□) 必着

※締切日を過ぎて到着した際は、ご利用いただけない場合がございます。お早めにお申込みください。

※**太枠内**をきれなくご記入の上、同封の返信用封筒にてご送付ください（切手不要）。

フリガナ										
氏名										
生年月日	西暦	年	月	日	年齢	歳	性別	男	・	女
資料送付先 (住所)	☐ 自宅 ☐ 勤務先	〒 ー								
勤務先名称 (会社名等)	※資料送付先が勤務先の場合はご記入ください									
連絡先電話①	☐ 自宅	☐ 勤務先	☐ 携帯(個人用)	☐ 携帯(会社用)	()		ー			
連絡先電話②	☐ 自宅	☐ 勤務先	☐ 携帯(個人用)	☐ 携帯(会社用)	()		ー			

※連絡先電話①にて連絡が取れない場合は、連絡先電話②へご連絡させていただきます。

※下記のご希望の会場・日程・時間帯もご記入ください。

市役所での 面談	会場	日程	↓ご希望記入欄（複数回答可）	
	土浦市役所 研修室3 住所：土浦市大和町9-1 2階	月 日（火）	☐ 午前	☐ 午後
		月 日（水）	☐ 午前	☐ 午後
		月 日（木）	☐ 午前	☐ 午後
		月 日（金）	☐ 午前	☐ 午後
その他	※上記日程以外で対面面談をご希望の方は 右記に☑をつけてください。 ⇒後日、日程等のご連絡をさせていただきます。 ※上記面談日のチェックは不要です。		☐ 上記以外 (ご自宅・公民館・市役所など)	

※ 会場での個別面接は1回 30分程度です。《午前・午後の日》「午前 9:00～12:00」「午後 13:00～16:30」
※ 希望する日程は、なるべく多めに☑を付けてください。

もう一度、記入もれがないかご確認の上で返信用封筒にてお送りください。
面談日の約10日前までに、詳しいご案内をお送りいたします。