

プログラム参加確認書

同封書類をお読みになり、下記をご記入の上、同封の返信用封筒にてご返送ください。

【返送期限：5月13日（月）】

記入日付	年 月 日
カナ氏名	
氏 名	
住 所 (勤務先・自宅)	都道府県よりご記入お願いします。※文書送付先となります。 〒 —
生年月日・性別	西暦 年 月 日 男・女
電子メールアドレス (お持ちの方のみ)	@
電話番号 (携帯・勤務先・自宅)	平日の日中連絡可能な連絡先をご記入ください。 携帯 — — 勤務先・自宅 — —
連絡可能時間帯 (9:00~19:30の間)	: ~ : 上記時間帯以外にもお電話をさせて頂く場合がございます。

①プログラム参加について

参加します (②も併せてご記入ください)

(必ず下記かかりつけ医情報をご記入ください。)

かかりつけ医名	
医療機関名	
医療機関住所	〒 —

【重要】かかりつけ医をお持ちでない場合、早急に、お近くの病院へ受診ください。

②生活指導確認書について

同封する

(かかりつけ医記入済みのもの)

あとで送る

※生活指導確認書はプログラム開始後となる場合は、お早目にご提出ください。

■保険者■

京葉ガス健康保険組合 担当 小野寺、遠藤

TEL : 047-322-1706 (月~金 9:00~17:00) MAIL : y-endo@keiyogas.co.jp

■プログラム実施会社■

株式会社データホライゾン 健康管理部 東京事務所 TEL : 03-6265-6784