

個別保健指導利用申込書

申込期限は初回面談の1週間前までです。先着順ですので、早めにお申込みください。

① 利用申込者情報

所属コード		所属名	
職員番号		フリガナ	
		氏名	
予約確認通知 郵送先住所	〒 - (自宅・職場・その他)		
日中 繋がりのやすい 電話番号	第1希望(勤務先・携帯) ()	第2希望(勤務先・携帯) ()	

② 初回面談の希望日時(時間は、下記の開始時間を参考にご記入ください)

※いずれの日程でもご希望に添えかねる場合は、委託業者よりお電話します。

	日程	時間	会場名
第1希望	月 日 曜日()	午前・午後・夜間 時 分	
第2希望	月 日 曜日()	午前・午後・夜間 時 分	
第3希望	月 日 曜日()	午前・午後・夜間 時 分	

開始時間	午前	9:30	10:00	10:30	11:00	11:30			
	午後	13:00	13:30	14:00	14:30	15:00	15:30	16:00	16:30
	夜間	17:30	18:00	18:30	19:00	19:30	20:00 ※オンラインのみ		

③ 食生活実践 スターター講座を

<input type="checkbox"/> 希望する	希望日	月	日	<input type="checkbox"/> 午前 9:30~10:30	<input type="checkbox"/> 午前 11:00~12:00 ※11月6日のみ
				<input type="checkbox"/> 午後 13:00~14:00	
				<input type="checkbox"/> 夜間 18:30~19:30	
<input type="checkbox"/> 希望しない					

④ その他連絡事項

ご利用に関して委託業者に連絡したいことがあればご記入ください。

⑤ 申込み・お問合せ

委託業者 **株式会社 ハピネス・アイ**
産業保健サービス課 大阪市職員共済組合事業係
担当 北野・木村

 **0120-375-573**
[受付時間] 平日 9時~18時(土日祝年末年始は休業)