

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		職場名・所属名	
職員番号		フリガナ 氏 名	
予約確認通知 郵送先住所	〒 ー (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) ()	
メールアドレス	@ ※オンラインをご希望の方は必ずご記入ください		

※住所に建物名や、部署名の記入がないと予約通知書が届かない場合がありますので、必ずご記入ください。

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	

開始時間	午 前	9:30	10:00	10:30	11:00	11:30	12:00 ※オンライン平日のみ	12:30 ※オンライン平日のみ	
	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

☐希望する

希望日 月 日

☐午前 10:00～11:00

☐午後 13:30～14:30

☐夜間 18:30～19:30

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。

お問合せ先

委託業者 エムスリーヘルスデザイン株式会社

産業保健サービスチーム 大阪市職員共済組合事業係 担当 佐藤・山下



0120-375-573

[受付時間] 平日 9時～18時(土日祝年末年始は休業)

WEB予約はコチラ!

右の二次元コードを読み取り、アクセスしてください。
24時間予約申込みが可能です。

