

※本件で知り得た個人情報は、本事業の関連業務以外には使用いたしません。
 保健指導をお申込みいただくと、指導のための資料として健診結果が保健指導機関に送られます。
 上記、個人情報の取り扱いと訪問日程調整についてお電話差上げることにご同意いただける方のみ取りまとめてお申込みください。

FAX送信先 096-285-7005
保健支援センター 保健事業部行き

事業所面談申込書【ICT面談】

●日程調整の際に、ご連絡申し上げる場合がございます。ご担当者氏名とご連絡先を必ず明記ください。

●日程確定通知は、原則、FAXかE-Mailにてお送りしますので、どちらか一つは必ず記入してください。

事業所記号： _____ 事業所名称： _____

事業所住所： _____

事業所 担当者部署： _____ 事業所 担当者氏名： _____

連絡先 電話番号： (_____) - _____ 連絡先 FAX番号： (_____) - _____

連絡先 E-Mail： _____ @ _____

面談 使用媒体： パソコン タブレット WEB ツール ペルフェイス ZOOM その他 _____

ICT面談にて使用する連絡先 ※両方記入

ICT用 電話番号： (_____) - _____

ICT用メール アドレス： _____ @ _____

WEBツールについて

- ペルフェイス利用 … Google Chrome 又は Safari の インターネットブラウザの環境が必要となります。
- ZOOM利用 … 使用媒体はZOOMのアプリが入った媒体をご準備いただきます。
- その他希望 … その他希望のツールを利用される場合は、弊社運営担当者へご相談ください。(招待メールをお送りいただく事になります。)

面談希望人数： (_____) 人

必要面談日数： (_____) 日

●必要面談日数は、計算より導き出してください。
 ●必要面談日数は、面談希望人数÷7とし、小数点以下は切り上げとなります。
 (例) 面談希望人数8÷7≒1.1 小数点以下を切り上げて、必要面談日数は“2”

※面談希望日は、申込日から1か月以上あけた日付を記入してください。

第1面談希望日： _____ 月 _____ 日

第2面談希望日： _____ 月 _____ 日

第3面談希望日： _____ 月 _____ 日

●面談希望日は、必要面談日数分記入してください。
 ●面談希望日に面談できない場合は、再度希望日をお尋ねします。
 ●面談希望日は、土日も対応可能です。(応相談)
 ●保健指導の1日最大実施人数は7名です。対象者数が7名以上の場合は、2日以上に渡って指導を行います。上記の面談必要日数を計算してください。
 ●原則、日程の変更はできませんが、やむを得ず日程変更の必要があるときは、当社まで必ずご連絡ください。

第 _____ 面談希望日

●面談希望日が複数ある場合は、本書をコピーして希望日の分だけ順番表を記入してください。また、送信の際に希望日の分だけ書類があるか確認してください。
 ●対象者は指導時間に空きがないように連続してご記入ください。

当日の順番表

回数	指導時間	保険証番号	対象者氏名	対象者フリガナ
1	9:30~10:10			
2	10:20~11:00			
3	11:10~11:50			
4	13:00~13:40			
5	13:50~14:30			
6	14:40~15:20			
7	15:30~16:10			

半日コース (午前)

半日コース (午後)

保健支援センター 保健事業部 利用者専用フリーダイヤル TEL:0120-62-3833

※お問い合わせの際は、東京電子機械工業健康保険組合の加入事業所であることをお伝えください。

XLS21.04