

参加同意書

同封の記入例を参考に以下の項目をご記入の上、返信用封筒にてご返送ください。

【返送期限：令和5年7月31日（必着）】

私は、令和5年度の糖尿病性腎症重症化予防プログラムへの参加に同意します。

カナ氏名	フィッツ タロウ
氏名	フィッツ 太郎
生年月日	2000/12/1
住所	埼玉県●●市●丁目●番地●
医療機関名	おはようクリニック

保健指導会社からお電話します。その際の電話番号を記載してください。

※お申込後、担当管理栄養士の携帯電話もしくはフリーダイヤル(0120-499-117)よりお電話いたします。

電話番号	第一希望	-	-
	第二希望	-	-

支援希望時間、場所を記載してください。

支援が可能な時間帯 すべてに <input checked="" type="checkbox"/> (チェック) を つけてください。	記載いただいた時間帯の中で優先的に支援日を調整いたしますが、異なる曜日 や時間帯となる可能性がありますことをご了承ください。						
	いつでも	平日		土曜		日曜・祝日	
		午前	午後	午前	午後	午前	午後
自宅以外での支援を 希望する場合は <input checked="" type="checkbox"/> (チェック) をつけてくだ さい。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	<input checked="" type="checkbox"/>	自宅以外での支援を希望します。					

※本プログラムへの参加にあたり、かかりつけ医からあなたの健康に関する情報を提供いただくことをご了承ください。

参加に同意されない場合は、この書類を破棄してください。

