

健康相談会 申込書

JA京都中央会 総合企画課 行
〒601-8585
京都市南区東九条西山王町1
電話:075-681-4323
FAX:075-692-2087
Eメール:kikaku@ja-chukt.or.jp

申込日: 年 月 日
※相談希望日の2週間前までにお申込みください。

第1希望日: 年 月 日			
第2希望日: 年 月 日			
第3希望日: 年 月 日			
フリガナ	JA名	相談者の性別・生年月日	
申込者 氏名		性別	男 ・ 女
相談者氏名 (申込者と異なる場合)	申込者 との続柄	生年月日 年齢	西暦 年 月 日(歳)
相談者住所 〒 -			
相談者連絡先			
電話番号: - - (自宅 ・ 勤務先)			
携帯番号: - -			
※連絡可能日時:()曜日・いつでも ()時()分 ~ ()時()分			
相談者職業 ()※下記の番号を記入 ①農業 ②JA役員 ③JA職員 ④会社員 ⑤公務員 ⑥パート・アルバイト ⑦主婦 ⑧無職 ⑨その他()			
相談内容(簡単に記載してください)			
※上記相談内容における、人間ドック・健康診断等の結果もしくは、医療機関での診察・診断内容がわかるものを相談日にご持参ください			

私は、下記の注意事項に同意いたします。	はい ・ いいえ
<注意事項> ① 申込者多数の場合は、ご希望に沿えない場合がございます。 ② 相談時間は、内容を問わずお一人様あたり20分以内とさせていただきます。 ③ 本申込書に記載されている内容以外の相談はお断りいたします。 ④ 本相談会の性質上、ご相談の内容等により、お断りさせていただく場合がございます。 ⑤ 上記注意事項を遵守いただけない場合は、お申込みをお断りさせていただきます。	

※ ご提供いただいた個人情報は、本相談会に関する以外では使用いたしません。

※事務局記入欄(記入しないでください)	
受付日: 年 月 日()	相談日: 年 月 日()
(連絡対応:)	