

お申込書

【お申し込み方法は4種類】

- ①WEB回答フォームよりお申し込み(右記QRコードより)
- ②本書を同封の返信用封筒にてご郵送
- ③本書をFAX「03-3295-1274」へご送信
- ④フリーダイヤル「0120-189-138」へお電話



※①QRコードからのお申込がおすすめです。

QRコードからお申込いただいた場合は下記記入欄の記載および返送は不要です。

②・③ご記入欄

下記に同意のうえお申込ください(にチェックを入れてください)

個人情報の取り扱いについて

健診および本プログラムに関するデータは、個人情報の保護に関する基本方針およびダスキン健康保険組合と(一社)専門医ヘルスケアネットワークとの間で締結された個人情報の取扱い条項により厳重に取扱われ、本プログラムに関する取組みのためのみに利用します。

同意のうえ申込みます

下記項目のご記入をお願いします。ご記入いただいた情報をもとに、ご希望の委託先より、後日あらためて初回面談の日程調整等のご連絡をさせていただきます。(連絡がつかない場合はお電話させていただく場合がございますことご了承ください。)

フリガナ	
お名前	
生年月日	(西暦) 年 月 日
ご希望の委託先 (※チェックを入れてください)	<input type="checkbox"/> 専門医ヘルスケアネットワーク <input type="checkbox"/> セイコーエプソン <input type="checkbox"/> リンケージ <input type="checkbox"/> スギ薬局 ※スギ薬局ご選択の場合、面談方法・場所もご回答ください ⇒ <input type="checkbox"/> オンラインもしくは <input type="checkbox"/> 店舗 (店舗名:)
メールアドレス(必須)	
日中連絡の取れる電話番号(必須)	

