

【おくすり電話相談プログラム 申込書兼同意書】

私は、今回の「おくすり電話相談プログラム」に

参加する 参加しない

(どちらかに○をつけてください)

参加を希望される方は以下の必要事項をご記入ください。

参加を希望されない方は裏面のアンケートのご記入にご協力ください。

今回の「おくすり電話相談プログラム」において必要な健康診断結果、内服等の健康情報の提供に同意します。

氏名	(ふりがな)
ご連絡のつく お電話番号(携帯)	— —
E-Mail (お持ちの場合)	@ ※日程確定後、メールにてご連絡を差し上げますので、ご記入ください。

第1希望	月	日	時～	時までの間
第2希望	月	日	時～	時までの間
第3希望	月	日	時～	時までの間

スケジュールは案内文にてご確認ください。

- 日時は異なる日付を第3希望までご記入ください。
- 相談時間は30分を予定しております
- 就業中に電話相談を受ける場合は、所属長の承認を受けるようにしてください。
- 1～3カ月後に2回目の電話相談(フォローアップ)が必要な場合は初回相談時に日程を調整させていただきます。(無料)

記入後、本紙をコピーいただくなど、ご自身で申込まれた日時 of 把握をお願いいたします。

お申込みいただいた方の個人情報及び相談内容については当該事業を行う目的の範囲を超えて利用することはありません。また、本人の同意なく第三者に提供することはありません。