

今回のプログラムに参加されない方へ

【アンケート】

氏名	(ふりがな)

●お手数ですが、参加されない理由をお選びいただき、該当するものに☑をお願いします。
(複数回答可)

- お薬の内容はよくわかっているので不要
- 現在お薬の内容が変わっているので問題はない
- 受ける時間がない
- 興味がない
- プログラムの趣旨がわからない
- その他 ()

ご協力ありがとうございました。

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。

ダスキン健康保険組合