

参加同意書

参加をご希望の場合は、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。（参加を希望されない場合は、記入及び提出は不要です。）

【申し込み期限: 令和7年7月31日まで】

私は、令和7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	《カナ氏名》
氏名	《氏名》
生年月日	《生年月日》
住所	《住所》
医療機関名	《医療機関名》

※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。

保健指導会社からのお電話時のご連絡先・支援希望時間帯・場所をご記入ください。

※お申込後、担当保健師・管理栄養士の携帯電話よりご連絡します。

電話番号	携帯		自宅				
	—	—	—	—			
支援が可能な時間帯すべてに☑ (チェック)をつけてください。	ご記入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
	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
初回面談の実施希望場所 対面/オンライン どちらかでの 方法に☑(チェック)をつけてください。	対面面談	✓	自宅				
		✓	自宅以外(別途ご連絡をする会場での支援) ※会場までの交通費は、自己負担となります。				
	オンライン面談	✓	オンライン(zoom)での面談 ※ご自身の PC/スマートフォン等を使用した面談となります。通信費用は自己負担となりますので、Wi-Fi 環境を推奨しております。				