

糖尿病予防プログラム参加申込書

必ず、対象者・参加要件をご確認のうえお申し込みください。

申込情報							
フリガナ						性別	
お名前							
生年月日	(西暦)		年		月		日
携帯電話番号						(例) 電話番号 090-XXXX-XXXX	
メールアドレス						@	
対象ツール	① (ご自身の) スマートフォンで血糖測定 ② 血糖測定リーダー配布対象						別紙『参加前にご確認ください』の「血糖管理ツールの確認」を参照のうえ、①②いずれかを選択してください。
注意事項	参加確定後、日本生命と日本生命病院、ライフケアパートナーズから、お知らせやご確認等のメールをお送りいたします。迷惑メール設定をしている場合は、以下のアドレスにつきましてドメイン指定をお願いいたします。※ ドメイン指定： @j-affinity.com @nissay-prevention-pgm.com @k.nissay-hp.or.jp @lifecp.co.jp ※参加確定後にメールアドレス相違などの理由で、日本生命や日本生命病院、ライフケアパートナーズからメールをお送りすることができない場合、参加をお断りさせていただきます						

申込先	〒 9 1 5 - 8 5 3 0 越前市府中一丁目 1 3 - 7 越前市 健康増進課 メール kenkou@city.echizen.lg.jp TEL : 24-2221 / FAX : 24-5885	電子申請は こちらから 	7月8日(金)までにお申し込みください。
-----	---	---	-----------------------------