

令和5年度 ひらない健康ポイント事業 応募用紙

※1ポイントにつき1回応募できます。

ふりがな			
お名前			男・女
ご住所	〒 平内町大字		
電話番号	生年月日 (年齢)	T・S・H ()	年 月 日 (歳)

※日中連絡のとれる電話番号をお書きください。 ※R6.3.31時点での年齢をお書きください。

アンケートに必ずお答えください

1. どの健康づくり事業に参加しましたか？(該当するものに○)

- ・特定健診等※ ・がん検診※ ・健診結果説明会 ・メディコトリム教室

◆受診(参加)した日付/場所

令和 年 月 日 /会場:

※社保(職場等)で検診を受けた方は検診結果の写しを添付してください。

2. 健康ポイント事業は何で知りましたか？(あてはまるものすべてに○)

- ・以前から知っている ・広報 ・ホームページ ・家族、友人 ・ポスター、チラシ
・検診会場 ・その他()

3. 健康ポイント事業に参加した理由は何ですか？(あてはまるものすべてに○)

- ・以前にも参加したため ・特典がほしい ・自分の健康のため ・家族や知人のすすめ
・その他()

4. 健康ポイント事業に参加することで、健康に対する意識にどんな変化がありましたか？(いずれかに○)

- ・以前よりも健康について考えるようになった ・その他()
・以前と変わらない

5. 健康ポイント事業に参加することで、生活習慣にどんな変化がありましたか？(あてはまるものすべてに○)

- ・検診を受けるようになった ・健康づくりのイベントに参加するようになった
・その他() ・以前と変わらない

6. 来年度の本事業で希望する(欲しい)特典があればお聞かせください。

[]

7. 健康ポイント事業に関するご意見・ご感想をお聞かせください。

[]

応募〆切

令和6年1月31日まで

※郵送の場合は当日消印まで有効です。