

令和6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。		※R7.3.31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7年1月31日まで

※郵送の場合は当日消印まで有効です。