令和８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。

応募〆切 **令和９年１月 31 日まで**
※郵送の場合は当日消印まで有効です。

ふりがな	該当する箇所に ✓（チェック）を記入してください			
お 名 前	男☐ 女☐			
ご 住 所	〒 平内町大字			
電話番号	※日中連絡のとれる電話番号をお書きください。	生年月日 （年齢）	T☐ S☐ H☐ 年 月 日	歳

※**R9.3.31** 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 ✓ チェック）

☐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
☐歯周疾患検診または後期高齢者歯科口腔健診

◆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 ✓ チェック）

☐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 ✓ チェック）

☐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 ✓ チェック）

☐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 ✓ チェック）

☐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。