

ご記入後、同封の返信用封筒にて
案内文到着後1か月以内にご返信をお願いします。

糖尿病性腎症重症化予防事業
申込書

利用申込み者情報

① お名前（カナ） 生年月日	フリガナ
	西暦 年 月 日生
② 住所	〒 フリガナ
	都道府県
③ 電話番号 (日中の連絡先)	- - ※日中つながりやすい電話番号を教えてください。携帯番号であると助かります。

ご記入いただいた④日中の連絡先へ、株式会社カルナヘルスサポート **050-5578-8808**よりお電話にてご連絡し、**初回面接の日程調整**を行います。

お申込みがない方へは、**勤務先**にご連絡させていただくことがございますのでご了承ください。お申込みいただく日よりましては入れ違いにお電話する場合がございますがご容赦ください。

【お問い合わせ先】
委託業者 株式会社カルナヘルスサポート
〒810-0054
福岡県福岡市中央区今川1丁目25-12
TEL： 050-5578-8808（電話受付：平日 9:00～19:00）

委託者 大阪市職員共済組合
〒530-8201
大阪府大阪市北区中之島1-3-20
TEL： 06-6208-7597
Mail: ba0010@ii.city.osaka.jp
※支援に配慮が必要な方はご連絡
ください。

