

ふりがな お名前	
生年月日	昭和・平成 年 月 日（ 歳）
性 別	男 ・ 女
職 業	☐ 会社員 ☐ 公務員 ☐ 自営業 ☐ 学 生 ☐ パート・アルバイト ☐ 無 職 ☐ その他（ ）
保険種別	☐ 当別町国保 ☐ 後期高齢者医療 ☐ その他
住 所	〒061- 当別町
電話番号	
申込のきっかけ (いくつでも)	☐ 健康づくりに取り組みたいから ☐ 健康マイレージの紹介をされたから ☐ ポイントを貯めるのが面白そうだから ☐ 景品が当たるかもしれないから ☐ その他（ ）
参加した感想 ・ 健康に関する アンケート	① 参加前よりも健康への意識が高まりましたか ☐ 高まった ☐ 変わらない
	② 健康のために、町がもっと取り組んだら良いと思うことはありますか(いくつでも) ☐ 身体活動・運動 ☐ 栄養・食生活 ☐ こころの健康 ☐ 歯や口の健康 ☐ 健診・メタボ対策 ☐ たばこ対策 ☐ その他（ ） ☐ 特にない
	③ ご感想・ご意見などありましたらお書きください

職員記載欄

健チャ	健診	講座	景品
-----	----	----	----