

様式第4号

令和3年度 健康・生活づくりサポート事業 個別相談会〔後期〕 申込書

一般財団法人長崎県教職員互助組合理事長 様
(FAX:095-825-4792)

令和 年 月 日

所属名	所属番号										
氏名	組合員番号										
	0										

※以下、希望する番号に○印をつけてください。

希望する相談内容	1 生涯生活設計（ライフプランニング）に関する相談 2 介護に関する相談		
希望する場所と形式	1. オンライン（全日程で受付可） ・ 2. 長崎（対面） ・ 3. 佐世保（対面）		
希望する日及び、 時間帯①～④を○	第1希望日及び時間帯	第2希望日及び時間帯	第3希望日及び時間帯
	月 日（曜日）	月 日（曜日）	月 日（曜日）
※介護は①～⑤	① ・ ② ・ ③ ・ ④ ・ ⑤	① ・ ② ・ ③ ・ ④ ・ ⑤	① ・ ② ・ ③ ・ ④ ・ ⑤
相談時のメールアドレス (オンライン相談のみ記載)	@		未定 <input type="checkbox"/>