

# 令和 ○ 年度 健康・生活づくりサポート事業 個別相談会 申込書

一般財団法人長崎県教職員互助組合理事長 様

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

所属名	所属番号	○○○○○
	氏名	○○ ○○
組合員番号		○○ ○○

※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	<input checked="" type="radio"/> 1 生涯生活設計（ライフプランニング）に関する相談 <input type="radio"/> 2 介護に関する相談		
希望する場所	<input checked="" type="radio"/> 1. 長崎（対面） ・ <input type="radio"/> 2. 佐世保（対面） ・ <input type="radio"/> 3. オンライン（生涯のみ）		
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 ( ○ )	○ 月 ○ 日 ( ○ )	○ 月 ○ 日 ( ○ )
※介護は①～⑤	<input checked="" type="radio"/> ① ・ <input type="radio"/> ② ・ <input type="radio"/> ③ ・ <input type="radio"/> ④ ・ <input type="radio"/> ⑤	<input type="radio"/> ① ・ <input checked="" type="radio"/> ② ・ <input type="radio"/> ③ ・ <input type="radio"/> ④ ・ <input type="radio"/> ⑤	<input type="radio"/> ① ・ <input type="radio"/> ② ・ <input checked="" type="radio"/> ③ ・ <input type="radio"/> ④ ・ <input type="radio"/> ⑤
連絡先 (電話番号・FAXなど)	○○○-○○○○-○○○○		