

エコチル調査に参加している小学2年生のお子さまのお名前	ふりがな	
	お名前	
お子さまの生年月日	20 年 月 日生まれ	

### 1) 学童期検査へのご協力について

いずれかの□に✓してください。

<input type="checkbox"/>	学童期検査に協力します	→2)と3)を記入し、ご返送ください。
<input type="checkbox"/>	別の日程があれば協力したい	→3)を記入し、ご返送ください。 後日、ユニットセンターからご連絡いたします。
<input type="checkbox"/>	学童期検査は、協力しません	→下記に理由をご記入いただき、ご返送ください。 (理由)

### 2) ご希望検査日時

\*ご希望の日時に予約をお取りできない場合は、ご相談させていただきます。

	日にち	ご希望時間帯 ご都合のよい時間帯を○でかこんでください。 複数選択できます。	検査会場
第1希望	月 日( )	午前中 / 13時-15時 / 15時-17時	
第2希望	月 日( )	午前中 / 13時-15時 / 15時-17時	
第3希望	月 日( )	午前中 / 13時-15時 / 15時-17時	

### 3) ご連絡可能な電話番号

ご希望の中から検査日時が確定しましたら、SMS(ショート・メッセージ・サービス)でご連絡します。なお、SMSの送受信ができない場合には、枠内の電話連絡希望に✓をしてください。

この申込用紙を投函後、10日経ってもSMSが届かない場合は、各事務所までご連絡ください。予約状況により、ご希望の検査日時に添えなかった場合などは、電話でご相談させていただきます。

ご連絡先電話番号 (SMSが受信可能な番号)	<input type="checkbox"/> 固定電話での連絡を希望します
お電話が繋がりやすい 時間帯・曜日など	

\*検査について、ご質問、ご不明な点などありましたらご記入ください。

#### 【ユニットセンター使用欄】

受取	予約登録		日程確定連絡		学童期ID
	予約システム	進行管理リスト	SMS	電話・その他	
					【予約ID】