

エコチル調査に参加している 小学6年生の お子さまのお名前	(ふりがな)
お子さまの生年月日	201 年 月 日生まれ

1) 学童期検査へのご協力について いずれかひとつの口に✓してください。

- 身体測定・CAT検査および血液検査の両方に協力します
↳ 2)以降すべてにご記入の上、ご返送ください。
- 身体測定・CAT検査のみ協力します
→ 3)以外のすべてにご記入の上、ご返送ください。
- 血液検査のみ協力します
→ 2)以外のすべてにご記入の上、ご返送ください。
- 学童期検査は協力しません
→ 理由をご記入の上、ご返送ください。
(理由)

2) 身体測定・CAT検査のご希望検査日時をご記入ください(資料2をご覧ください)。

	日にち	ご希望時間帯 ご希望の時間帯すべてを○で囲んでください。	検査会場
第1希望	月 日 ()	午前中 / 13~15時 / 15~17時	
第2希望	月 日 ()	午前中 / 13~15時 / 15~17時	
第3希望	月 日 ()	午前中 / 13~15時 / 15~17時	

3) 血液検査のご希望医療機関名をご記入ください(資料13 ページ【検査会場】をご覧ください)。

	協力医療機関名
第1希望	
第2希望	
第3希望	

※日時はお電話にてご相談させていただきます。

4) ご連絡可能な電話番号をご記入ください。

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。SMSが受信可能な番号をご記入ください。SMSの送受信ができない場合は、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、ユニットセンターまでご連絡ください。なお、ご希望に添えない場合は、電話でご相談させていただきます。

ご連絡先電話番号	<input type="checkbox"/> 電話連絡希望(SMS不可)
電話がつながりやすい 時間帯・曜日など	<input type="checkbox"/> 月曜日 <input type="checkbox"/> 火曜日 <input type="checkbox"/> 水曜日 <input type="checkbox"/> 木曜日 <input type="checkbox"/> 金曜日 <input type="checkbox"/> 9~12時 <input type="checkbox"/> 12~13時 <input type="checkbox"/> 13~15時 <input type="checkbox"/> 15~17時 <input type="checkbox"/> その他()

5) 学童期検査に関してご質問や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	
					【予約番号】