

料
金
受
取
人
払
郵
便

郵便はがき



差出有効期間
令和10年4月
30日まで
切手はいりま
せん。

960-1290

福島市光が丘1番地

公立大学法人 福島県立医科大学
エコチル調査福島ユニットセンター
福島本部事務所

学童期検査担当 行



学童期検査(小学6年生) 意向確認ハガキ

必要事項をご記入の上、個人情報保護シールを貼って投函してください。

☐電話での予約を希望します

ご連絡がしやすい曜日に○をつけてください。(複数回答可)

月・火・水・木・金 連絡可能な時間帯(時～ 時ごろ)

土日祝日や9～17時以外をご希望の場合、ご連絡するまでに日数を要します。
ご希望の日時・会場の予約が困難な場合がございますのでご了承ください。

☐学童期検査には参加しません

今後の事業の参考とさせていただくため、差し支えなければ理由を
教えてください。(複数回答可)

- 子どもが協力したくないと意思表示したため
- 子どもが忙しいため
- 保護者が忙しいため
- 他のきょうだいを連れていけないため
- 子どもが体調不良のため
- 保護者や家族が体調不良のため
- エコチル調査には質問票調査だけ協力したい
- 全ての項目の検査結果が分からないから
- その他 []

保護者のお名前	
お子さまのお名前 (生年月日)	(年 月 日生)
住所	
連絡先 電話番号	
GID	ユニットセンター使用欄(GID)