

2 か月間取り組んで、いかがでしたか？ 何か変化は感じられましたか？ 下記 にご記入いただき、医療生協さいたま本部またはお近くの病院・診療所に提出をお願いします。

■ 支部名： _____ 支部 または、お住まいの市町村名： _____

■ 氏 名： _____ ■ 年齢： _____ 歳 ■ 性別： 男性 ・ 女性

■ 今回チャレンジしたコースに○をつけてください。

① ・ ② ・ ③ ・ ④ ・ ⑤ ・ ⑥ ・ ⑦ ・ ⑧

■ チャレンジした内容を教えてください。

■ 2 ヶ月間でどのくらい取り組むことができましたか？ 該当するものに○をつけましょう。

よくできた ・ まあまあできた ・ 少しできた ・ ほとんどできなかった ・ できなかった

■ 今回のチャレンジで、ご自身の中に何か変化はありましたか？

職員によるコメント



■ 支部で回収した記録用紙は、支部を通してお返しします。

■ 個人でチャレンジされた方は、希望する返信方法にをし、必要事項を記入してください。

*お預かりした個人情報は、医療生協さいたまの諸活動のご紹介(ニュース、広報誌などのお届け)やイベントのご案内に活用させていただきます場合があります。

郵送 ▶▶▶ ご住所： _____

*送っていただく時の送料は自己負担となります。

連絡先： ☎ _____

*連絡先は必ずご記入ください

FAX ▶▶▶ FAX番号： _____

連絡先： ☎ _____

*連絡先は必ずご記入ください

