



名前(フリガナ)	年齢	性別
<hr/>		
住所		
<hr/>		
電話 番号	みなと医療生協の組合員ですか?	
<hr/>	はい ・ いいえ	

※ご記入いただいた個人情報は、健康チャレンジ以外には使用いたしません。

感想ご記入欄

チャレンジお疲れさまでした。
下記をご記入の上、ご提出ください。

- ◆当てはまる箇所に○を付けてください
 - 健康チャレンジ2024は楽しかった
まったく 1 2 3 4 5 とても
思わない |-----| そう思う
 - 健康への関心が高まった
まったく 1 2 3 4 5 とても
思わない |-----| そう思う
 - 今後も「健康づくり」を続けたい
まったく 1 2 3 4 5 とても
思わない |-----| そう思う
 - 次回以降も健康チャレンジに参加したい
まったく 1 2 3 4 5 とても
思わない |-----| そう思う

◆感想をご記入ください