

このプロジェクトに関心を持ってくださった方は、以下の項目をご記入の上、ご返送ください。
改めて担当者からご連絡を差し上げます。

Ver151119

プロジェクト協力に関する連絡票

年 月 日

《以下のうち、該当するものに○をつけてください。》

- プロジェクトに協力する
 まだ決めていないがもう少し詳しく話を聞きたい

お名前（フリガナ）： _____（ _____ ）

ご住所：〒 _____

電話番号：自宅 _____ 携帯 _____

電子メール： _____

ご希望の連絡方法（該当するものに○をつけてください）：自宅電話・携帯電話・電子メール・郵送
電話の場合、ご都合の曜日や時間帯があればお書き下さい。（ _____ ）

《プロジェクトにご協力下さる方は、以下にもお答え下さるようお願いいたします。》

・インタビューにご都合のよい曜日・時間帯はいつでしょうか？ 準備も含め最低3時間かかります。

平日の _____ 時頃から／土日・祝日の _____ 時頃から

（ _____ ） 曜日の _____ 時頃から／その他（ _____ ）

・ご自宅でのインタビューは可能でしょうか？ 可能 難しい

・ご自宅でのインタビューが可能だとお答えになった方にお伺いします。

プロジェクトへのご協力にご家族のご理解はありますか？ はい いいえ

* このプロジェクトではなるべく多様な背景を持つ方々からお話を伺う必要があります。

そのため、参考までに以下の情報についてお知らせいただければと思います。

もしご記入されることがむずかしい場合は、後日お電話でお伺いしますので、空欄で結構です。

年齢：（ _____ ） 歳 性別： _____ ご職業： _____

歯を失った原因： _____

歯を失った時期： _____ 年 月 ごろ

治療の内容： _____

インタビューにご協力して下さる方がご本人でない場合：年齢：（ _____ ） 歳 続柄：（ _____ ）

ご記入ありがとうございました。

インタビューの際にご配慮すべきことがあれば、些細なことでも結構ですので裏面にお書き下さい。

<連絡票の返信先・お問い合わせ先>

〒102-0073 東京都千代田区九段北 4-1-20 歯科医師会館内

公益財団法人 8020 推進財団

TEL：03-3512-8020 FAX：03-3511-7088（平日 9時半～18時）