**送信先FAX： 050-6868-4702**

**S22-0129植物性食品試験【応募用紙】**

**（１）応募者情報**

ふりがな

■ご氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　）歳

■生年月日　　　　　年　　　　月　　　日

■身長(cm)　　　　　■体重(kg)　　　　（必要情報ですので、必ずお書きください）

■ご住所　〒　　　　-

■メールアドレス　　　　　　　　　　　　　　　　　　＠

■お電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（自宅　・　携帯）

■**初めてモニターに参加される方は、**あなた様をご紹介された方のお名前をご記入下さい。

紹介者氏名

**（２）希望測定日時**

希望日時の記載をお願いいたします。測定時間は測定会場への馴化時間も含め、1時間程度かかります。測定条件を合わせるため、事前と事後は同じ曜日の同じ開始時間（①10:00 ②11:00 ③12:00　④13:00　⑤14:00　⑥1５：00）をお選びください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 【事前測定202２年】  1月28日(金)・29日(土)・31日(月)  2月１日(火)・２日(水) | | 【事後測定2022年】  ３月11日(金)・12日(土)・14日(月)  1５日(火)・16日(水) | |
|  | 希望日 | 時間(①～⑥) | 希望日 | 時間(①～⑥) |
| 第１希望 |  |  |  |  |
| 第２希望 |  |  |  |  |
| 第３希望 |  |  |  |  |

**（３）継続的に摂取している健康食品・医薬品及びアレルギー情報**

　※ない場合は、「なし」とご記入ください。

□　健康食品名

[ ]

摂取開始時期: およそ [ ] 年・ [ ] ヶ月前より

□　医薬品名

[ 　 ]

服用開始時期: およそ [ ] 年・ [ ] ヶ月前より

□　アレルギー反応が発生する食品名

[ ]