

ふれあい健康教室参加申込書

西暦 年 月 日

【参加希望の日付】 西暦 年 月 日	【開催地区名】(参加希望する地域)
【参加希望コース名】いずれか1つに○をつけてください。 () はじめての介護コース () 介護準備学(お金)コース () 認知症介護コース () 介護保険コース () 認知症(夜間)コース () 介護準備学(相続)コース () 糖尿病予防コース () ストレス・睡眠コース () 女性のための健康コース () エクササイズコース () 介護予防コース () 女性健康(夜間)コース	
【被保険者氏名】	
【保険証記号】	【保険証番号】
【勤務先名】	
(フリガナ) 【参加者氏名1】	【被保険者との続柄】 本人 ・ 配偶者
(フリガナ) 【参加者氏名2】	【被保険者との続柄】 本人 ・ 配偶者
【参加者住所(代表)】 〒 - 【日中つながる電話番号】 ()	

《申込前にご確認ください》

- 参 加 資 格 : 当健康保険組合被保険者および被扶養配偶者(開催日当日資格のある方)
- 参 加 費 用 : 無料 全額健康保険組合が負担します(受講料・昼食代)。会場までの交通費は自己負担となります。
- 申 込 期 限 : 開催日の3週間前に当健康保険組合必着
- 参 加 票 : 申込受付後、開催日1週間前に参加票と会場案内を送付いたします
- 開 催 日 当 日 : 参加票をご持参ください
- キャンセル期限 : 開催日の10日前までに当健康保険組合へ連絡してください
電話のみの受付です(平日9~18時)
- キャンセル料 : キャンセル期限を過ぎてのキャンセルは参加費用全額自己負担となります
- 申込書送付先 : 141-8643
東京都品川区大崎 1-11-2 ゲートシティ大崎イーストタワー ローソン健康保険組合宛て
- ※この教室は複数の健康保険組合が共同で実施しております。キャンセルはできるだけ避けてください
- ※申込多数の場合はご希望に沿えない事がありますので、あらかじめご了承ください

【個人情報の取り扱い】

参加申込書に記載された個人情報は、本教室運営における以下の目的のために使用します。

1. 参加確認及び参加決定通知をするため。
2. 参加者名簿およびネームプレートを作成するため。
3. 講師の指導ポイントを明確にし、効果を高めるため。
4. その他、「教室」運営を円滑にするため。

またこの情報は教室の運営団体である(財)総合健康推進財団に提供します。

ローソン健康保険組合