

## 介護・健康教室参加申込書

開催日	平成                  年                  月                  日(                  )		
開催都市名	( 常時受付自宅学習 )		
参加希望コース名	コース		
保険証の記号・番号	記号	番号	
被保険者氏名			
所属			
内線		外線	
参加者氏名①			
性別	男 ・ 女	年齢	歳
参加者氏名②			
性別	男 ・ 女	年齢	歳
参加者住所 (配送先)	〒		
電話番号			
自宅学習の方は 配送方法をお選びください	<input type="checkbox"/> 社内連絡便    健保経由でトレースにて被保険者様宛にお送りします。 <input type="checkbox"/> 自宅直送        上記住所宛に委託先の総合健康増進財団より宅配便でお送りします。		
<b>【必須】介護教室希望者のみ</b>			
現在介護をしている方が家族の中にいらっしゃいますか？			
はい          ・          いいえ			
<b>糖尿病コースの方のみ</b>			
参加者の糖尿病の状況について、申込み時点で下記項目で該当するものに○をしてください。			
①健診では正常だが、関心がある		②健診では境界型または糖尿病(疑い)を指摘された	
③定期受診(検査)のみの経過観察		④内服治療中	
⑤インスリン治療中		⑥その他(                  )	
教室の中で特に聞きたい点・質問事項などをお書きください。			

※参加申込書に記載された個人情報は、本「介護・健康教室(以下「教室」という。)」運営委託先の財団法人総合健康増進財団へ提供し、以下の目的に使用します。

- |                          |                        |
|--------------------------|------------------------|
| ①参加確認および参加決定通知をするため      | ②参加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    |