介護・健康教室参加申込書

申込日	年　　月　　日		
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	（続柄:　　）	
性　別	男　・　女	
参加者氏名②	（続柄:　　）	
性　別	男　・　女	

参加者住所 （配送先）	〒
電話番号	
テキストの配送方法	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。 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。

【注意点】
・視聴の際には高速で安定したインターネット環境が必要となります。視聴にかかった料金は自己負担と なります。
また、視聴期間はログインしてから2週間となります。
・自宅学習セットについては教材のみとなり、動画の視聴はございません。

※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。）」運営委託先の公益財団法人総合健康推進財団へ　提供し、講座の教材と視聴のためのID/パスワードの発送を目的に使用します。

【保2】20240422