

## 参加を希望される方は・・・

### ○ 受講について

- ・参加費は、小糸健保組合が負担します（受講料、昼食代）。

※ただし、夜間コースの教室では、夕食の提供はございません。  
また、会場までの交通費は自己負担となります。

- ・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。  
当日のキャンセルはできるだけ避けてください。

### ○ お申し込みについて

- ・参加ご希望の場合は、下記問い合わせ窓口までお電話ください。

#### 【問い合わせ窓口】

小糸健康保険組合 担当：松原 / 岡本

TEL：03-3447-1014 FAX：03-3447-1520

E-mail h-matsubara@koito.co.jp

小糸健康保険組合 行き

FAX

03-3447-1520

## 介護・健康教室参加申込書

【参加希望の日付】 平成 年 月 日 ( )	【開催地区名】 (参加希望する地域)
【参加希望コース名】	
【被保険者氏名】	【性別】 男 ・ 女 【年齢】 歳
【保険証記号】	【保険証番号】
【勤務先名】	
(フリガナ) 【参加者氏名1】	【性別】 男 ・ 女 【年齢】 歳 【被保険者との続柄】
(フリガナ) 【参加者氏名2】	【性別】 男 ・ 女 【年齢】 歳 【被保険者との続柄】
【参加者住所(代表)】 〒 -	【電話番号】 ( )
現在介護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
健康・介護教室の中で特に聞きたい点・質問事項などをお書き下さい	

#### 【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(公財)総合健康推進財団に提供します。

小糸健康保険組合