

申込者 → 事業所へ提出 → 健保組合申込(FAX:03-5297-1715)

## 介護・健康教室参加申込書

●太線枠内をご記入の上、受講実施日の2週間前までにFAXまたは郵送でお申込みください。

|          |          |    |     |
|----------|----------|----|-----|
| 参加希望日    | 月        | 日  | ( ) |
| 開催地区名    |          |    |     |
| コース名     |          |    |     |
| 事業所名     |          |    |     |
| 保険証記号・番号 | 記号       | 番号 |     |
| フリガナ     |          |    |     |
| 被保険者名    |          |    |     |
| 生年月日     | 昭和<br>平成 | 年  | 月 日 |

### 参加者記入欄(1家族につき本人含め2名まで)

|   |                                    |    |     |
|---|------------------------------------|----|-----|
| フリガナ                                    |                                    |    |     |
| 参加者名 ①                                  |                                    |    |     |
| 続柄・年齢                                   | 続柄                                 | 年齢 | 歳   |
| フリガナ                                    |                                    |    |     |
| 参加者名 ②                                  |                                    |    |     |
| 続柄・年齢                                   | 続柄                                 | 年齢 | 歳   |
| 住所                                      | ※マンション・団地等の方は名称と室番号もご記入ください<br>〒 - |    |     |
| 電話番号                                    | -                                  | -  |     |
| 現在、介護している方が<br>家族にいますか                  | はい                                 | ・  | いいえ |
| お住まいの住所以外の独自<br>サービスが必要な市区町村<br>名       |                                    |    |     |
| 介護・健康教室の中で特に<br>聞きたい点・質問事項等をお<br>書きください |                                    |    |     |

※上記記載の個人情報については事業の実施に必要な目的以外には利用いたしません。