

介護教室・健康教室 受講申込書

【コース名】 介護自宅学習セット			
【被保険者氏名】			
【保険証記号－番号】	— 【事業所名・所属】		
【TEL(内線)またはE-mail】			
(フリガナ)	【性別】 男・女	【年齢】	歳
【参加者氏名】	【被保険者との続柄】		
【住所】 〒 —	【教材送付先】	会社・自宅	
	【電話番号】	()	

※介護教室を受講希望の場合は以下もご記入下さい。

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
上記住所以外に市町村独自サービスの情報が欲しい市町村があれば県名を添えて市町村をお書き下さい。	

【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. 参加者名簿および主にグループワークで使用する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。