

○ 受講について

- ・シチズン健康保険組合加入者(被保険者及び被扶養者)※年2回まで受講可
- ・参加費(受講料・昼食代)は健康保険組合が負担します。
- 会場までの交通費は自己負担をお願いします。

○ お申し込みについて

- ・健康教室参加申込書に必要事項をご記入の上、事業所健保担当者または健康保険組合に提出してください。

(会場の都合から人数に限りがあるため、申し込み多数の場合は抽選または会場変更となる場合があります)

シチズン健康保険組合
TEL: 042-468-4521 (CATS: 799-28201)

シチズン健康保険組合 行き

FAX

042-468-4653(CATS:799-22606)

介護・健康教室参加申込書(会場参加用)

【参加希望の日付】	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 【被保険者との続柄】	【年齢】 歳
(フリガナ) 【参加者氏名2】	【性別】 男 ・ 女 【被保険者との続柄】	【年齢】 歳
【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?(介護教室のみ)		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		
介護教室をご希望の方(夜間教室を除く)で、上記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名をお書きください。 ※東京都23区・埼玉県さいたま市・神奈川県横浜市など政令指定都市は、「区」までご記入ください。		

【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。

シチズン健康保険組合