

- 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)
 - ・参加費(受講料)は健康保険組合が負担します。
- 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。
 - (お申し込み状況により、申込講座数に制限を設ける場合があります)

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(オンライン講座用)

【参加希望コース名】			
【被保険者氏名】	【性別】 男 ・ 女	【年齢】	歳
【勤務先名】			
【保険証記号】	【保険証番号】		
(フリガナ) 【参加者氏名】	【性別】 男 ・ 女	【年齢】	歳
		【被保険者との続柄】	
【参加者住所】 〒	—		
		【電話番号】	()
【メールアドレス】			

【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