

受講を希望される方は・・・

- 受講について
 - ・参加費（受講料）は、セイコー健康保険組合が負担します。
ただし、講座視聴時の通信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。
- お申し込みについて
 - ・受講をご希望の方は、E-mail、FAX、または郵送にて当健康保険組合にお申し込みください。

【問い合わせ窓口】

セイコー健康保険組合

〒104-0061 中央区銀座一丁目20番14号 KDX 銀座一丁目ビル 6階

TEL：03-3564-5480 FAX：03-3564-5489

E-mail：seikokenpo@seiko.co.jp

セイコー健康保険組合 行き

FAX

03-3564-5489

健康・介護教室 参加申込書

下記の項目についてもれなくご記入ください

| | |
|---|---------------------------------|
| 【参加希望コース名】 () ※複数の講座にお申し込みいただくことが可能です。 ※以前に受講されたことがある講座については、再度のお申し込みはできません。 | |
| 【被保険者氏名】 | 【性別】 男 ・ 女 【年齢】 歳 |
| 【保険証記号－番号】 — | 【勤務先名】 【部署名】 |
| (枝番入力不要) | |
| 【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】 ※必ずご自宅住所をご記入ください。 〒 — | |
| 【電話番号】 () | |
| 【E-mail アドレス】 | |
| 皆さまご回答ください。(健康系・介護系いずれのコースをお申込みの方も、ご回答をお願いします。) ■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 ■皆さまに、お住まいの地域の福祉保健情報をご提供しています。 ご自宅住所以外にご希望地域がありましたら、ご記入ください。(市区までご記入、複数地域可) () | |
| ※オンライン講座についての注意事項 お申込み後、動画視聴に必要なアドレス・ID・パスワード・教材を送付いたします。視聴期間は、視聴開始ボタンを押してから2週間となります。期間を過ぎると視聴できなくなりますので、ご注意ください。1名のIDで、同居のご家族みなさまでご視聴いただくのは構いませんが、それ以外の方へのID・パスワードの流用等はされないよう、お願いいたします。 | |

【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. 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。

セイコー健康保険組合