**参加を希望される方は・・・**

○ 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、教室参加時の交通費やオンライン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。
  教室参加の場合は、当日キャンセルとならないようご留意ください。

○ お申し込みについて
- 教室参加をご希望の場合は、E-mail、FAX、または郵送にて開催日の**２週間前までに**、
  当健康保険組合にお申し込みください。オンライン講座は常時受付しております。

【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

# 介護・健康教室参加申込書

【参加希望コース名】　該当する箇所に☑をつけてください
☑「会場参加型」コース名（〇〇〇〇〇 コース）開催地（東京都）開催日（2023 年〇〇月〇〇日）
□「オンライン講座」コース名（　　）

【被保険者氏名】　健 保 太 郎　　【性別】男・女　【年齢】〇〇歳

【保険証記号一番号】〇〇ー〇〇〇〇　【勤務先名】〇〇株式会社　【部署名】〇〇部

【参加者氏名１】　健 保 太 郎　　【性別】男・女　【年齢】〇〇歳
【被保険者との続柄】本人

【参加者氏名２】　健 保 花 子　　【性別】男・女　【年齢】〇〇歳
【被保険者との続柄】妻（被扶養者のみ参加可能）

【参加者自宅住所（代表）】〒　〇〇〇ー〇〇〇〇
〇〇県　〇〇市　〇〇〇〇
【電話番号】　〇〇〇（〇〇〇〇）〇〇〇〇
【E-mail アドレス】　申込状況、 講座の情報 等 について、 ご記入されたアドレスに宛に送付します。

介護教室・健康教室とも、皆さまご回答ください。
■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
■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）：〇〇県〇〇市、東京都〇〇区

教室参加型の介護・健康教室の中で特に聞きたい点・質問事項などありましたら、ご記入ください
事前に担当講師に伝えますので、困っている事や疑問・課題など どんな事でも結構です。

※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･教材を健康保険組合より送付いたします。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. 参加者名簿および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（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**