

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、当日キャンセルとにならないようご注意ください。
- 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】 該当する方に☑をつけてください	
☑【会場参加型】コース名（○○○○○コース）開催地（東京都）開催日（2023年○月○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】 ○○歳
【保険証記号】 ○○ 【保険証番号】 ○○○○	【勤務先名】 ○○○○ 株式会社
（フリガナ） ケン ボ タ ロウ	【性別】 男 ・ 女 【年齢】 ○○歳
【参加者氏名1】 健 保 太 郎	【被保険者との続柄】 本人
（フリガナ） ケン ボ ハナ コ	【性別】 男 ・ 女 【年齢】 ○○歳
【参加者氏名2】 健 保 花 子	【被保険者との続柄】 妻（被扶養者のみ可能）
【参加者住所（代表）】 〒〒○○○-○○○ ○○○県 ○○市 ○○○○	
【電話番号】 ○○○（○○○）○○○	
【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。	
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 （介護教室の参加者のみお答えください）	
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