**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、メールまたはFAX、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](mailto: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、再度のお申込みはできません。 |
| 【被保険者氏名】　　　　　　　　　　　　　　　　【性別】　男　・　女　　【年齢】　　　　　歳 |
| 【被保険者等の記号－番号】　　－　　　【勤務先名】　　　　　　　　　【部署名】  　（枝番入力不要） |
| 【性別】　男　・　女　　【年齢】　　　　　歳  【参加者氏名】　　　　　　　　　　　　　　　　【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、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。オンデマンド型の視聴期間は、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** |