

## 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](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】 ( <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> コース、 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> コース ) ※複数の講座にお申し込みいただくことも可能です。 ※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】 <input type="text"/> 健 保 太 郎	【性別】 <input checked="" type="radio"/> 男 ・ 女 【年齢】 <input type="text"/> 〇〇歳
【保険証記号—番号】 <input type="text"/> 〇〇— <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 【勤務先名】 <input type="text"/> 〇〇株式会社 【部署名】 <input type="text"/> 〇〇部 (枝番入力不要)	
【参加者氏名】 <input type="text"/> 健 保 花 子	【性別】 男 ・ <input checked="" type="radio"/> 女 【年齢】 <input type="text"/> 〇〇歳 【被保険者との続柄】 <input type="text"/> 妻 (被扶養者のみ参加可能)
【参加者住所】 ※必ずご自宅住所をご記入ください。 〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> — <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 県 <input type="text"/> <input type="text"/> 市 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 【電話番号】 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ( <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 【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。	
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? <input checked="" type="radio"/> 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) ( <input type="text"/> <input type="text"/> 県 <input type="text"/> <input type="text"/> 市、東京都 <input type="text"/> <input type="text"/> 区 )	
※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