

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

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】 (コース、 コース) ※複数の講座にお申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、再度のお申込みはできません。	
【被保険者氏名】 健 保 太 郎	【性別】 ☒ 男 ・ 女 【年齢】 〇〇歳
【被保険者等の記号一番号】 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)
【参加者住所（2名申込の場合は代表者）】 ※福祉保健情報郵送のため、 <u>ご自宅住所</u> をご記入ください。 〒 - 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、 <u>ご記入されたアドレスに宛て</u> 送付します。	
皆さまご回答ください。(健康系・介護系いずれに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) (県 市、東京都 区)	
※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