

介護・健康教室 受講申込書

開催日	月 日 ()		開催地			
			コース名			
被保険者証	記号			番号		
被保険者名				会社・所属名		
受講者 氏名・住所	①	氏名				続柄
		住所	〒 - TEL ()			
	②	氏名				続柄
		住所	〒 - TEL ()			
申込合計人数 () 名						
現在介護を必要とする方がご家族の中にいらっしゃいますか？				いる ・ いない		
介護・健康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						
お住まいの地域の福祉サービス情報を提供致します。上記住所以外の情報も希望される方は、市区町村名(都道府県名から)をご記入ください(健康教室には情報の提供はありません)						
<p>※糖尿病教室にお申込の方のみご回答ください 糖尿病の状況に○をしてください</p> <p>1.健診では正常だが、関心がある 2.健診で境界型または糖尿病(疑い)を指摘された</p> <p>3.定期受診(検査)のみ 4.内服治療中 5.インスリン治療中</p> <p>6.その他 ()</p>						

【個人情報の取り扱い】

受講申込書に記載された個人情報は、本「介護・健康教室(以下「教室」という。)」運営における以下の目的に使用します。

- | | |
|--------------------------|-------------------------|
| ①参加確認およ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介護 自宅学習セットに係る資料を送付するため |
| | ⑤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 公益財団法人 総合健康推進財団に提供します。

申込書は下記へお送りください

横河電機健康保険組合	介護・健康教室担当宛て	
〒180-8750	東京都武蔵野市中町2-9-32	
TEL 0422-52-5521	FAX 0422-55-2768	