

※消えないボールペンでご記入ください。

※郵便または社内便でお送りください。

介護教室・健康教室・子育て支援教室 受講申込書

健康保険被保険者等	記号	番号			
被保険者	ふりがな				
	氏名	連絡先			
受講希望者 (被保険者・被扶養者) 氏名・住所・メールアドレス	氏名	年齢	続柄		
	住所	〒 ー 都・道 府・県 市・区 町・村			
	メールアドレス	TEL(携帯等) @			
	ZOOMでの開催となるため、オンラインLive配信希望の場合は必ずメールアドレスを記入すること				
「オンラインLive配信型」、「オンデマンド型」、「介護自宅学習セット」各1コース毎1,000円		料金	円(健保記入)		
希望の支払方法に○	健保へ振込(以下の口座へ)		給与控除(社員NO) 給与控除できない事業所は振込		

【振込先口座】

*みずほ銀行九段支店

普通:0202496

博報堂健康保険組合

*三菱UFJ銀行神保町支店

普通:0763161

博報堂健康保険組合

ご希望の受講内容に○をつけ、必要事項を記入

希望の受講 コース内容に○	オンライン 配信型	月 日()	コース名	
	オンデマンド	コース名		
	介護自宅学習セット			

介護自宅学習セットに申し込み希望の方は以下も記入

1. お住まいの地域の福祉サービス情報を提供致します。 ご記入の住所以外の地域の福祉サービス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。	都・道 府・県	市・区 町・村
2. 現在介護している方がご家族の中にいらっしゃいますか。	いる	いない

博報堂健康保険組合 宛
〒102-0093 東京都千代田区平河町
1-4-5 平和第1ビル7F
TEL. 03-3288-0831

扱者	健保確認印
----	-------

上記の個人情報は、教室運営の目的で使用されるものであり、それ以外の目的で使用することはありません。
またこの情報は、教室の運営団体である(財)総合健康推進財団に提供します。