

※消えないボールペンでご記入ください。

※開催日の2週間前締切です。
※郵便または社内便でお送りください。

介護教室・健康教室 受講申込書

保険証	記号		番号	
被保険者	氏名		所属	内線()
受講希望者 氏名・住所	① 氏名		年齢	続柄
	住所	〒	都・道 府・県	市・区 町・村
			TEL	()
			FAX	()
② 氏名		年齢	続柄	
申込合計人数 ()名			料金	円(健保記入)
支払方法	給与控除(社員コード)		健保に	振込 ・ 持参

【料金の振込み先口座】 *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

介護教室・自宅学習セットにお申し込みの方へ

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

ご希望の受講内容に○をつけ、必要事項をご記入ください

希望の 受講 内容 に○	会場参加	月 日()	開催地区
	オンライン	コース名	コース名 介護・健康
		自宅学習セット	

※ 会場参加のコースは開催日が近づきましたら、「受講票」と「会場の地図」をお送りします。

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。