

申込日： 年 月 日

【集合型(会場参加)】 介護・健康教室 申込書

参加コース	※参加コースに○をしてください			開催日	年 月 日 (土)		
	1. 糖尿病予防 (健康教室) 2. 初めての介護 (介護教室) 3. 認知症介護 ( // )			開催地			
保険証	記号		番号	会社名			
被保険者名				性別	男・女	年齢	歳
参加者1 氏名・住所	氏名	(カナ)		※同上の場合は住所のみご記入ください (性別) 男・女 (年齢) 歳 (被保険者との続柄)			
	住所	〒 -		TEL ( )			
参加者2 氏名・住所	氏名	(カナ)		(性別) 男・女 (年齢) 歳 (被保険者との続柄)			
	住所	〒 -		※住所が異なる場合はご記入ください TEL ( )			
<p>お住いの地域の福祉サービス情報を提供いたします。 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>							
<p>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。</p>							

【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
- 2.参加者名簿及び教室で使用するため
- 3.講師の指導ポイントを明確にし、効果を高めるため
- 4.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。