

申込日： 年 月 日

## 健康・介護教室 申込書

保険証	記号	番号	会社名
被保険者名		性別	男・女 年齢 歳
※ご希望の番号に○をしてください			
オンライン コース	(健康教室)		(介護教室)
	1. ストレスマネジメント 2. 女性のための健康 3. 睡眠 4. 美容と健康セルフケア 5. アンガーマネジメント 6. 健診結果を健康維持に活かす 7. 禁煙対策	8. エクササイズ 9. 歯の健康 10. 糖尿病予防 11. 眼の健康	1. 介護準備学（お金） 2. 介護準備学（ストレス） 3. 介護準備学（相続） 4. 介護予防 5. 認知症介護
申込者 氏名	氏名	(カナ)	(性別) 男・女 (年齢) 歳 (被保険者との続柄)
申込者住所 (教材・動画視聴URL アドレス等送付先)	住所	〒 -	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>			

### 【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。

- 参加確認および参加決定通知をするため
  - 参加者名簿及び教室で使用するため
  - 講師の指導ポイントを明確にし、効果を高めるため
  - 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。