

## 【介護・健康教室 受講申込書】

【申込締切日：開催日の3週間前 必着】

開催地域		【                   】 開催日（   /   /   ）		
カリキュラム（講座名）				
被保険者証		記号		番号
被保険者氏名		※被保険者が受講する場合は、「受講者氏名」欄にもご記入下さい。		
受講者住所		〒  【電話番号：       —       —       】		
所属事業所				
受講者氏名 （年齢・性別・被保険者との続柄）	氏名①		年齢	歳 男・女（本人・家族）
	氏名②		年齢	歳 男・女（本人・家族）
過去の介護・健康教室への参加の有無		有（出席回数：       回）       ・       無		
介護教室参加者記入欄	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		
	福祉サービス情報を希望する市区町村名（都道府県名からお書きください。 *政令指定都市の場合は、区名もご記入ください。）	①		
		②		
	③			

※被保険者と健保組合との連絡欄

今後の健保組合事業運営や介護・健康教室の参考にさせていただきますので、ご記入願います。

参加されるカリキュラムで特に聞きたいと思っていること、質問等	
--------------------------------	--

◆ご提出いただいた申込書につきましては、出席可否等の連絡、講座出席名簿、名札作成、サービス情報の提供のみを目的として使用し、当該目的以外に使用することはございません。また、ご提供いただいた個人情報は、講座の運営を委託している（財）総合健康推進財団に対してのみ提供し、他の第三者には提供いたしません。

～お申込は～

ジェイティ健康保険組合 保健事業担当

〒105-6927 東京都港区虎ノ門4-1-1 神谷町トラストタワー26階

Tel : 03-6636-2001    FAX : 03-3438-0412    E-mail : [info@jtkenpo.jp](mailto:info@jtkenpo.jp)