

【自宅学習セット申込書】

被 保 険 者 証	記 号		番 号	
被 保 険 者 氏 名				
所 属 事 業 所				
受 講 者 住 所 (自宅学習セット送付先住所)	〒			
	【電話番号： — — 】			
受 講 者 氏 名 (年齢・性別・被保険者との続柄)			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	

◆ご提出いただいた申込書につきましては、申込確認及び自宅学習セットの送付、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

Tel : 03-6636-2001 FAX : 03-3438-0412 E-mail : info@jtkenpo.jp