

参加を希望される方は・・・

- 受講について（参加希望の日付の3週間前までにお申し込みください）
 - ・参加費は、三菱自動車健康保険組合が負担いたします（受講料、昼食代）。
 - ・この教室は複数の健康保険組合が共同で実施しております。当日のキャンセルはできるだけ避けてください。
- お申し込みについて
 - ・参加ご希望の場合は、下記申込書に記入のうえ、切り取らずに健康保険組合へ送付ください。

【送付先】（社内便利用可）
 三菱自動車健康保険組合
 〒108-8410 東京都港区芝浦3-1-21
 TEL03-6852-5150

※ただし、夜間コースの教室では、夕食の提供はございませんのでご注意ください。
 また、会場までの交通費は自己負担となります。

三菱自動車健康保険組合 行き

介護・健康教室参加申込書

【参加希望の日付】	令和 年 月 日（ ）	【開催地区名】（参加希望する地域）
【参加希望コース名】		
【被保険者氏名】		
【保険証記号】	【保険証番号】	
【勤務地】 田町・岡崎・京都・水島 （その他	【所 属】 ）	
（フリガナ） 【参加者氏名1】	【性別】 男 ・ 女	【年齢】 歳 【被保険者との続柄】（ 本人 ・ 家族 ）
（フリガナ） 【参加者氏名2】	【性別】 男 ・ 女	【年齢】 歳 【被保険者との続柄】（ 本人 ・ 家族 ）
【参加者住所（代表）】 〒 —	【電話】 （ ）	
現在介護している方が家族の中にいらっしゃいますか？ はい ・ いいえ		
健康・介護教室の中で特に聞きたい点・質問事項などをお書き下さい		

【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のために使用します。

1. 参加確認及び参加決定通知をするため。
2. 参加者名簿を作成するため。
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（公財）総合健康推進財団に提供します。

三菱自動車健康保険組合