一日介護・健康講座受講申込書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | 第１希望日 | 会　　場　　名 |
| 平成30年　　　月　　　日 |  |
| 2 | 第２希望日 | 会　　場　　名 |
| 平成30年　　　月　　　日 |  |
| 3 又は 4 | 3.加入組合名 | 健康保険組合 |
| 4.加入している　健康保険制度等 | 1. 国民健康保険　　2. 協会けんぽ　　3. 共済組合 |
| 5 | フリガナ | 住　　所 | 電話番号 | 年齢 | 性別 |
| 参加者氏名 |
|  | 〒　　　－ |  | 歳 | 男 女 |
|  |
|  | 〒　　　－ |  | 歳 | 男 女 |
|  |
|  | 〒　　　－ |  | 歳 | 男 女 |
|  |

（注）　・住所にはビル名等を必ず記入してください。

　　　　・参加者氏名には必ずフリガナを記入してください。

・４は該当する番号に、性別欄は該当するところに○印をつけてください。

|  |
| --- |
| お預かりした参加申込者の個人情報については、この事業以外には利用致しません。 |

　（送付先）

　　　　　　　〒130-0014

　　　　　　　　東京都墨田区亀沢１－７－３　東京都ニット健保会館５階

一般社団法人 東京都総合組合保健施設振興協会 （東振協）

ＦＡＸ ０３－３６２６－７５０９

※ 送信する際は、おかけ間違いにご注意ください。