

一日介護・健康講座申込書

ホームページ

<http://www.toshinkyō.or.jp/event>

1	第1受講希望日	会 場 名			
	平成 24 年 月 日				
2	第2受講希望日	会 場 名			
	平成 24 年 月 日				
3	加入組合名	健康保険組合			
4	事業所名				
5	事業所住所	〒 ー () Tel ()			
6	フリガナ	住 所	電話番号	年齢	性別
	参加者氏名				
	〒 ー			歳	男 女
	〒 ー			歳	男 女
	〒 ー			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。
 - ・加入組合・事業所に該当しない場合は、参加者欄のみご記入ください。

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 東京都ニッソ健保会館5階

社団法人 東京都総合組合保健施設振興協会 (東振協)

F A X 03-5608-2315

※送信の際は、おかけ間違いにご注意ください。