

一日介護・健康講座受講申込書

1	希望日	会 場 名			
	平成 31 年 月 日				
2 又 は 3	2. 加入組合名	健康保険組合			
	3. 加入している健康保険制度	1. 国民健康保険 2. 協会けんぽ 3. 共済組合 4. 健康友の会			
4	フリガナ	住 所	電話番号	年齢	性別
	受講者氏名				
	〒 -			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。
 - ・受講者氏名には必ずフリガナを記入してください。
 - ・3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。
 - ・複数のコースにお申込みされる場合は、参加コースごとに受講申込書の作成をお願いします。

お預かりした受講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 東京都ニッパ健保会館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)

F A X 03-3626-7509

※ 送信する際は、おかけ間違いにご注意ください。