

<申込先> フジクラ健康保険組合 鹿野  
\*事業所に勤務の方は、各事業所総務課または事務管理課まで

健保 担当者印	事業所 担当者印

## 介護・健康教室参加申込書

申込日 平成 00年 00月 00日

【参加希望コースの日付】 平成 00年 00月 00日 ( ○ )	【開催地区名】 (参加希望する地域)	
【参加希望コース名】 介護 ・ 健康 認知症コース	東京都	
【被保険者氏名】 藤倉 一郎	【性別】 男 ・ 女	【年齢】 00歳
【保険証記号】 111	【保険証番号】 1234	
【事業所名・部署名】	(連絡先) 内線	
〇〇部	7-00-0000	
(フリガナ) フジクラ イチロウ	【性別】 男 ・ 女	【年齢】 00歳
【参加者氏名1】 藤倉 一郎	【被保険者との続柄】 本人	
(フリガナ) フジクラ ハナコ	【性別】 男 ・ 女	【年齢】 00歳
【参加者氏名2】 藤倉 花子	【被保険者との続柄】 妻	
【参加者住所】 〒000-0000	【電話番号】 000 ( 000 ) 0000	
東京都中央区中央〇-〇-〇		
【講師に聞きたいこと・質問事項など何でもお書き下さい。】 *事前に講師に伝え当日授業の中で回答してくれます。名前を出す事はありません。 施設入所を決める最終時期の症状をおしえてください。		
【介護教室を希望の方のみご記入下さい】 質問1 現在家族の中で介護をする側の人がありますか? はい ・ いいえ 質問2 現在親とは同居ですか、別居ですか? 同居 ・ 別居 質問3 当日、地域別の「あなたの町の保健福祉サービス情報」を提供しています(参加者の住所分)。 別に、介護を受ける人の地域用も必要な方は下記に住所(番地不要)を記入して下さい。 回答3 大分県別府市幸町		
【健康教室「糖尿病コース」を受講の方のみご記入下さい】 質問 糖尿病の状況について該当するものにチェックをつけて下さい 回答 <input type="checkbox"/> 健診では正常だが、関心がある <input checked="" type="checkbox"/> 健診で境界型または、糖尿病(疑い)を指摘された <input type="checkbox"/> 定期受診(検査)のみの経過観察 <input type="checkbox"/> 内服治療中 <input type="checkbox"/> インスリン治療中 <input type="checkbox"/> その他 ( )		

### 【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。

- 参加確認及び参加決定通知をするため。
- 参加者名簿および教室で使用するネームプレートを作成するため。
- 講師の指導ポイントを明確にし、効果を高めるため。
- 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(財)総合健康推進財団に提供します。

【締切り】前日まで。(ただし会場の都合や人数が多い場合は受付できないこともありますのでご了承ください)

【キャンセル】受講日5日前営業日までに必ずご連絡下さい。