

<申込先> フジクラ健康保険組合 鹿野
*事業所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

「介護自宅学習セット」申込書

申込日 平成 年 月 日

【被保険者氏名】	【性別】 男 ・ 女	【年齢】	歳
【保険証記号】	【保険証番号】		
【事業所名・部署名】	(連絡先) 内線		
(フリガナ) 【申込者氏名】	【性別】 男 ・ 女	【年齢】	歳
	【被保険者との続柄】		
【申込者住所】 〒	—	【電話番号】	()
今後の運営の参考にさせていただき目的で下記質問をさせていただきます。			
質問1	現在家族の中で介護をする側の人はいますか？	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	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。 申込者地域とは別に、介護される方の地域用も必要な方は下記に住所（町村まで）をご記入して下さい。		

【個人情報の取り扱い】

この申込書に記載された個人情報は、申込確認及び自宅学習セットを送付するために使用いたします。
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】毎週金曜日

【問合せ】フジクラ健康保険組合 鹿野 電話03-5606-1031(7-21-6773) FAX03-5606-1503(7-21-6853)
Eメール: shikanos@fujikura.co.jp