

健康・介護・子育て支援教室参加申込書(オンラインLIVE型)

申込日	年 月 日		
参加希望コース名	教室名	コース	
記号・番号	記号 番号		
被保険者氏名			
所 属			
内 線		外 線	
参加者氏名①	(続柄:)		
性 別	男 ・ 女		
参加者氏名②	(続柄:)		
性 別	男 ・ 女		
メールアドレス (Zoomの参加用URL が届きます)			
電話番号			

【注意点】

- ・視聴の際には高速で安定したインターネット環境が必要となります。視聴にかかった料金は自己負担となります。
- ・Zoomウェビナーを利用します。メールアドレスはプライベート用でお願いいたします。
- ・開催日2週間前までに健保組合へお申し込みください。過ぎた場合は参加できません。

※参加申込書に記載された個人情報は、運営委託先の公益財団法人総合健康推進財団へ提供し、講座の教材と視聴のためのID/パスワードの発送を目的に使用します。