

【キャンセルされる場合について】

受講日より1週間前の金曜日17:00～キャンセル料(本人負担)が発生しますのでご注意ください

この講座の申込締切は 平成29年5月26日(金) です

受講申込書

実施日	平成29年6月17日(土)
開催場所	大阪府 大阪市
カリキュラム名	認知症の診断と介護の実際

被保険者の健康保険証 記号・番号	.	事業所名	
被保険者氏名		連絡先 TEL	

参加合計人数 ※1回の申込につき2名まで		人			
参加者の 氏名 住所	氏名A		続柄	性別 ☐ 男 ☐ 女	年齢
	住所	〒 TEL ()			
	氏名B		続柄	性別 ☐ 男 ☐ 女	年齢
	住所	〒 TEL ()			

現在、介護を必要とする方がご家族の中にいらっしゃいますか？	☐ いる ☐ いない
今までに介護支援・健康教室へ参加したことがありますか？	☐ 初めて ☐ 1回 ☐ 2回以上
参加されるカリキュラムで特に関心のあるところや質問等があればご記入ください	

※「受講申込書」に記載された個人情報は当介護支援・健康教室運営上における以下の目的以外には使用いたしません。

- ①参加確認及び参加決定通知のため ②参加者名簿及びネームプレート作成のため
③講師の指導ポイントを明確にし、効果を高めるため ④その他「教室」運営を円滑にするため

また、この情報は教室運営団体である(財)総合健康推進財団に提供します。

申込書送付方法

FAXの方	宛先	SCSK健康保険組合
	FAX番号	03-5166-1302
郵送の方	宛先	〒135-8110 東京都江東区豊洲3-2-20 豊洲フロント15F SCSK健康保険組合

【お問い合わせ先】
SCSK健康保険組合
TEL:03-5166-1300