

[オンライン版] 健康・介護教室参加申込書

※太枠内は必ずご記入ください

【申込コース名】		
【被保険者氏名】	【性別】 男 ・ 女 【年齢】 歳	
【保険証記号】	【保険証番号】	【勤務先名】
(フリガナ)	【性別】 男 ・ 女 【年齢】 歳	
【参加者氏名】	【被保険者との続柄】	
【参加者住所】 〒 -	【電話番号】 ()	
【メールアドレス】		

【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に使用します。

1. 参加確認および参加決定通知をするため。
2. 参加者名簿および教室で使用するため。
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、この情報は教室の運営団体である（公財）総合健康推進財団に提供します。

SCSK健康保険組合

【お申込みにあたって】

※お申込後、動画視聴に必要なアドレス・ID・パスワードをお送りいたします。

※データが大容量となりますので、従量制のデータ通信プランでご覧いただきますと、高額の通信料がかかる場合がございます。視聴の際は、容量無制限の高速インターネット環境でご利用ください。

【送付先】

FAX : 03-5166-1302

メール : kenkou-kanri.sp@scsk.jp

郵送 : 〒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 保健事業担当 (社内便可)