

健康・介護・子育て支援教室参加申込書

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		

Eメールアドレス (個人のアドレス)			
	※視聴に必要なログインID/PWを送りますので個人のプライベート用アドレスをお願いいたします。		

【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。
- ・視聴期間は研修用サイトへのログインID/PASSを送信してから30日間。
- ・教材は研修用サイトからダウンロードしてください

※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。