

ふれあい健康教室参加申込書

申し込み先 FAX：03-3660-7689（花王健康保険組合）

日程	開催地	講座名
月 日		会場実施分

【社員名】	【社員番号】
【参加者氏名】	【性別】 男・女 【年齢】 歳 【本人との続柄】
【参加者氏名】	【性別】 男・女 【年齢】 歳 【本人との続柄】
【参加者氏名】	【性別】 男・女 【年齢】 歳 【本人との続柄】
【代表参加者住所】 〒（ ） 【電話番号】 （ ）	
* 自宅学習コースの方は必ずご記入ください	
講座の中で特に聞きたい・知りたい点・質問事項があればご記入ください	

個人情報の取り扱いについて

※ 参加申込書に記載された個人情報は、【ふれあい健康教室】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 参加者名簿及び参加者用名札を作成するため
- ③ 質問事項を集約し、当日担当の講師へ伝え、受講効果を高めるため
- ④ その他【ふれあい健康教室】運営を円滑にするため