

倉庫業健康保険組合 主催

第27回『在宅介護教室』参加申込書（5月28日）

《事業所》

事業所名 _____

事業所所在地 _____

TEL () _____

《受講者》

被保険者証記号・番号	記号		番号	
被保険者氏名	(印)			
受講者氏名（被保険者または扶養家族に限ります）				（年齢 才）
受講者住所（参加のしおり送付先）				
〒 _____				
連絡先 TEL () _____				

現在介護を必要としている方が身近にいらっしゃいますか（同居・別居には関係なく）	(○で囲む) はい ・ いいえ
将来介護が必要になりそうな方が身近にいらっしゃいますか	(○で囲む) はい ・ いいえ
以前に介護教室に参加したことがありますか（当健保主催以外も含む）	(○で囲む) はい ・ いいえ

※ 申込書記載内容（個人情報）については、第27回在宅介護教室を実施するうえでのみ利用することとし、利用目的を遂行するために業務を委託する場合等を除き、第三者に提供はいたしません。