



介護教室・健康教室 オンライン講座受講申込書

記入日		コース名 (1コースごと記入)		
被保険者の健康保険証 の記号・番号	(記号)	(番号)	事業所名	
被保険者氏名		受講者氏名 (被保険者と違う場合)		続柄
教材送付先住所 (勤務先不可)	〒 【電話番号： - - 】			
この介護教室・健康教室 を何で知りましたか (複数回答可)	1. 健保組合からのダイレクトメール 2. ホームページ 3. 職場の回覧 4. 健保組合機関誌(「HOKEN」家庭郵送号) 5. 健保組合機関誌(「HOKEN」職場配布号) 6. 同僚・知人から聞いて 7. 社内ポータルサイト 8. その他()			
いままでに介護教室・ 健康教室オンライン 通信講座を受講した ことがありますか?	はじめて	回	介護を必要とする方がご家族に いらっしゃいますか?	いる いない

※「受講申込書」に記載された個人情報、当介護教室・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。
 ①参加確認および教材送付 ②事後アンケートが必要な場合のご連絡
 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。

申込書はFAX又は郵送、メールでお送りください。

◎ 申込送付先 トッパングループ健康保険組合 介護・健康教室 担当
 〒110-8560 東京都台東区台東1-5-1 / FAX 03-5816-6470
 メール kaigo-kenko@toppankenpo.or.jp

介護健康教室のスケジュールなどはトッパングループ健康保険組合の
 ホームページにて随時更新しておりますのでぜひご覧ください。
<http://www.toppankenpo.or.jp> または「トッパングループ健康保険組合」と検索ください。

この介護教室・健康教室を主催する「ふれあい健康事業推進協議会」のホームページでは
 開催会場の詳細や参加者の声などをご覧いただけます。