

『生活習慣改善セミナー』参加申込書〈令和8年11月7日(土)開催分〉

所属の健康保険組合名	健康保険組合		
受講希望者	フリガナ	年齢	該当する方を○で囲んでください。 被保険者本人 ・ 家族
	氏名	歳	
郵便番号	□□□□ - □□□□□		
受講票送付先住所	府 市 県 TEL : ()		

FAX:078-414-7650

《セミナーお申込みにあたって》

※受講が決定した方には受講票をお送りします。

※記入いただいた個人情報は、当講座実施の目的以外には使用しません。個人情報の取り扱いにご同意のうえ、お申し込みください。

※講座開始から30分以上遅れた場合は、入場をお断りしています。

※講座を無断欠席された場合は、お弁当代（実費）として後日1,700円を請求させていただきます。

※当日、体調不良の方はご出席を見合わせくださいますようお願いいたします。