

プチッと健康セミナー 参加申込書

締切 開催日の2週間前【必着】

参加希望日	月 日	参加希望会場名	
-------	-----	---------	--

参加者（日特健保被保険者または被扶養者）			
氏名	フリガナ	保険証記号・番号	.
連絡先	住所 〒 -		
	携帯電話番号（ ） -		

同伴者（同伴者がいる場合のみ記入）※日特健保被保険者・被扶養者以外でも可			
氏名		生年月日	昭和 平成 年 月 日

※申込書に記載した個人情報および健診結果については、日本特殊陶業健康保険組合の保健事業実施目的以外には使用しません。また、「日特健保プライバシーポリシー」に従って、保管・管理いたします。

【申込方法】 申込書に必要事項をご記入のうえ、社内便（または郵送）、FAX、電子メールいずれかの方法で下記の宛先まで申込書を送付してください。

【送付先】 日本特殊陶業健康保険組合
〒460-0011 名古屋市中区大須4-3-17
TEL 052-218-6385 FAX 052-685-1596
kenpo@mg.ngkntk.co.jp

【注意事項】 参加申し込みが催行人数に達しない場合は、開催中止になる場合があります。

(R4.8改訂)

健保使用欄

備考	受付印	係	係	事務長	常務理事