

『体験型・栄養セミナー』申込書

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	健康保険証			
	氏名		記号		番号	
			本人・家族			
性別	男・女	電話番号	— —			
郵便番号	□□□ - □□□□					
受講票送付先住所	府 市					

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、食材費として後日3,000円を請求させていただきます。

《セミナー開催にあたって（感染症対策について）》

【会場の対策】

受講者間の一定間隔を確保するため、受講者数を講演会会場定員の半分以下とします。

【参加者様へのお願い】

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。