

# 令和3年度 ITS ボウリング教室参加申込書

《令和4年1月22日（土）開催》

保険証の記号		申込代表者名（カナ氏名）	
保険証の番号			
事業所名		連絡先電話番号 ※1	— —
住所 (自宅・会社)	〒  ※会社に郵送を希望の場合は会社名も必ず記載してください。		

※1 申込代表者と連絡のとれる番号をご記入ください。

別紙「保養施設等の利用およびイベントにおける個人情報の取り扱いについて」をお読みいただき、同意のうえ、氏名欄に記入しお申し込みください。

下記のとおり申し込みます。

希望するいずれかの回に☑をつけてください	
<input type="checkbox"/>	第1回（午前の部） 10時15分～13時00分
<input type="checkbox"/>	第2回（午後の部） 14時30分～17時15分

被保険者	被扶養者 (配偶者に限る)	合計
名	名	名

※申込最大人数は5名までです。

保険証の記号	保険証の番号	カナ氏名	生年月日	続柄*	性別	平均スコア
		1. 申込代表者	S・H 年 月 日	被・配	男・女	
		2.	S・H 年 月 日	被・配	男・女	
		3.	S・H 年 月 日	被・配	男・女	
		4.	S・H 年 月 日	被・配	男・女	
		5.	S・H 年 月 日	被・配	男・女	

\*被…被保険者、配…被扶養者（配偶者）

■ キャンセル待ちを[ 希望する ・ 希望しない ]

\*記入いただいた平均スコアにて男女別にグループ分けをさせていただきますので、同じグループで申し込みされても、平均スコア・性別により当日は別グループとなります。

\*参加者の重複申し込みは、ご遠慮ください。

\*申込締切後の開催回（午前の部・午後の部）、参加者の変更・人数の追加はお受けできません。

\*申込締切日は、**11月22日（月）必着（ファックス不可）**です。

《申込書送付先》 〒169-8516 東京都新宿区百人町 2-27-6 関東IT ソフトウェア健康保険組合 健康増進サービスセンター
---

(コピー可/A4 サイズ)

※保養施設・イベント等に関するお問い合わせは下記までお願いします。

健康増進サービスセンター

TEL 03-5925-5348 FAX 03-5925-5335

## 保養施設等の利用およびイベントにおける個人情報の取り扱いについて

当組合の保養施設等の利用およびイベント参加につきましては、下記のように個人情報を取り扱います。

同意のうえお申し込みをお願いします。

### 1. 個人情報の利用目的について

お申し込みにあたり、ご記入いただく個人情報は、利用・参加に伴う資格確認、お申し込み多数の場合の抽選、通知等の発送、利用料の請求をする目的に利用いたします。

### 2. 業務の外部委託について

ご記入いただいた個人情報は、個人情報の取り扱いに関する覚書を締結のうえ外部に取り扱いを委託することがあります。

### 3. 個人情報の提供について

保養施設等を利用される場合および宿泊を伴うイベントに参加される場合は、宿泊施設における宿泊者への対応を円滑に行うためおよび消防法等の法令に基づく宿泊者名簿の保管のために、ご記入いただいた宿泊者に関するすべての個人情報を個人情報の取り扱いに関する覚書を締結のうえ、宿泊施設へ提供いたします。その他、法令に基づく場合を除き、ご本人の同意を得ず第三者に開示いたしません。

### 4. お申し込みの際に個人情報をご記入いただけない場合および同意いただけない場合は、保養施設等の利用及びイベントの参加はできませんのでご了承ください。

### 5. 個人情報開示等の問い合わせ

個人情報については、ご本人による利用目的の通知、開示、訂正、追加、削除、利用停止、消去又は第三者への提供の停止を求めることができます。下記の個人情報に関する問い合わせ窓口にご連絡ください。

#### 【お問い合わせ窓口】

関東ITソフトウェア健康保険組合

個人情報保護部門管理者 健康増進課長

TEL 03-5925-5301 FAX 03-5925-5311