

# 生活習慣病予防講座申込書

※  の項目は全て必須項目です。正確に御記入ください。

公立学校共済組合愛知支部長 殿

下記のとおり申込みます。

所属所名	
所属所コード	.....

申込日	令和7年9月 日
-----	----------

## 記

申込者	フリガナ		生 年 月 日				性別
	組合員氏名		昭和	年	月	日	男
	組合員番号	.....	平成				女

(○で囲む)

過去に本講座に参加したことがない場合は  
右欄内に○をつけてください。

★臨時的及び任期付  
任用職員専用

任期満了日	
月	日
.....	.....

健康度評価Aコース	
コード	開催日
A21	11月29日 (土)
A22	12月20日 (土)
A23	12月24日 (水)
A24	12月25日 (木)
A25	12月26日 (金)
A26	12月27日 (土)
A27	1月17日 (土)
A28	1月24日 (土)

希望日 (*上表のコード を記入すること)	第1希望	第2希望	抽選となった場合、第1・2希望ともに落選した際は決定日を委任しますか(○のない場合は「しない」)
			する・しない

※ 提出後の変更はできません。

連絡先電話番号	( ) -
---------	-------

確認事項がある場合、お電話を差し上げる場合があります。

※ 決定者には実施機関より関係書類が自宅へ送付されます。発送先は共済組合に届出されている住所です。転居や地番変更等があった場合は「組合員情報等変更申告書」を所属所経由で提出してください。

(県立学校・事務局の組合員の「組合員情報等変更申告書」の提出先は総務事務センターです)

申込締切日: 令和7年9月30日(火)午後5時30分 共済組合(福利課)必着
--

締切後に共済組合へ到着した場合は受付できませんので御注意ください。(FAX・電子データでの提出不可)