

# 定期健康診断申込書 9月24日(金) 【FAX:0566-24-6049】【メール:ishimura@kariya-cci.or.jp】

※プレミアム共済加入者の方は助成金がありますので、右欄へチェックをお願いします。

| 氏名 | ふりがな | 性別  | 生年月日       | 希望時間 | コース <small>(ご希望を○で囲んで下さい)</small> |   |   |   |   |   | オプション検査<br><small>(①～⑩の中から希望の番号を記入して下さい)</small> | ※プレミアム共済加入者 |
|----|------|-----|------------|------|-----------------------------------|---|---|---|---|---|--|-------------|
|    |      |     |            |      | A                                 | B | C | D | E | F |  |             |
| 1  |      | 男・女 | S・H 年 月 日生 |      | A                                 | B | C | D | E | F |  |             |
| 2  |      | 男・女 | S・H 年 月 日生 |      | A                                 | B | C | D | E | F |  |             |
| 3  |      | 男・女 | S・H 年 月 日生 |      | A                                 | B | C | D | E | F |  |             |
| 4  |      | 男・女 | S・H 年 月 日生 |      | A                                 | B | C | D | E | F |  |             |
| 5  |      | 男・女 | S・H 年 月 日生 |      | A                                 | B | C | D | E | F |  |             |
| 6  |      | 男・女 | S・H 年 月 日生 |      | A                                 | B | C | D | E | F |  |             |
| 7  |      | 男・女 | S・H 年 月 日生 |      | A                                 | B | C | D | E | F |  |             |
| 8  |      | 男・女 | S・H 年 月 日生 |      | A                                 | B | C | D | E | F |  |             |
| 9  |      | 男・女 | S・H 年 月 日生 |      | A                                 | B | C | D | E | F |  |             |
| 10 |      | 男・女 | S・H 年 月 日生 |      | A                                 | B | C | D | E | F |  |             |

希望時間は、①8:30 ②9:00 ③9:30 ④10:00 ⑤10:30 ⑥11:00 のいずれかです。

※新型コロナ対策で各時間の人数を制限いたします。ご希望に沿えない場合がございますが、ご了承ください。

①、②は待ち時間が長くなる場合がございます。④～⑥であれば空いています。

\*ご記入いただいた情報は、当商工会議所、実施機関の(一社)半田市医師会健康管理センターからの各種連絡・情報提供・健診結果送付のために利用致します。

\*刈谷商工会議所窓口でお支払される場合は、領収書を発行いたしますので、こちらの申込書を持参ください。

申込日 年 月 日

①郵便番号

②所在地

③事業所名



④TEL

⑤FAX

⑥連絡責任者

※1週間前に確認のFAXを送ります。

## 受診料合計

¥ \_\_\_\_\_