

# 定期健康診断申込書 1月27日(木) 【FAX:0566-24-6049】【メール:ishimura@kariya-cci.or.jp】

※新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 <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であれば比較的空いています。

\*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

¥ \_\_\_\_\_