

定期健康診断申込書 6月28日(木) 【FAX:0566-24-6049】

※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。

| No. | 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、①9:00 ②9:30 ③10:00 ④10:30 ⑤11:00 のいずれかをお願いします。
①9:00 ②9:30 は混み合いますので、待ち時間が長くなる場合がございます。ご了承ください。

* 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

¥ _____