

定期健康診断申込書 1月25日(金) 【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。

	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 のいずれかでお願いします。
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

印

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

¥
