

【A. B. C. プレミアム
血液検査コース用】

定期健康診断申込書

7月14日(金)

【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 番号	基本コース ご希望のコースを一つ、○で囲んでください					オプション検査 (①～⑫の中から希望の 番号を記入して下さい)	※プレミアム 共済 加入者
1			男・女	S・H 年 月 日生		A	B	C	プレミアム	血液検査		☐
2			男・女	S・H 年 月 日生		A	B	C	プレミアム	血液検査		☐
3			男・女	S・H 年 月 日生		A	B	C	プレミアム	血液検査		☐
4			男・女	S・H 年 月 日生		A	B	C	プレミアム	血液検査		☐
5			男・女	S・H 年 月 日生		A	B	C	プレミアム	血液検査		☐
6			男・女	S・H 年 月 日生		A	B	C	プレミアム	血液検査		☐
7			男・女	S・H 年 月 日生		A	B	C	プレミアム	血液検査		☐
8			男・女	S・H 年 月 日生		A	B	C	プレミアム	血液検査		☐
9			男・女	S・H 年 月 日生		A	B	C	プレミアム	血液検査		☐
10			男・女	S・H 年 月 日生		A	B	C	プレミアム	血液検査		☐

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。

申込日 年 月 日

①郵便番号

②所 在 地

③事業所名

④T E L

⑤F A Xまたはメールアドレス

⑥連絡責任者

印

<受診料振込先>

三菱UFJ銀行 刈谷支店 普通
預金 714213
刈谷商工会議所
会頭 加藤 英樹

* 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。

受診料合計

¥

※1週間前に確認の連絡をします。