定期健康診断申込書　３月１４日(火)【**FAX:0566-24-6049】【ﾒｰﾙ:ishimura@kariya-cci.or.jp】**

**【Ａ.Ｂ.Ｃ.ﾌﾟﾚﾐｱﾑ.**

**血液検査コース用】**

※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、〇で囲んでください | 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） | **※**ﾌﾟﾚﾐｱﾑ共済加入者 |
|
| 1 | 　 |  | 男・女 | Ｓ・Ｈ　 　 年　 　 月 　　日生 | 　 | Ａ | Ｂ | Ｃ | ﾌﾟﾚﾐｱﾑ | 血液検査 |  | □ |
| 2 | 　 |  | 男・女　 | Ｓ・Ｈ　 　 年　 　 月 　　日生 | 　 | Ａ | Ｂ | Ｃ | ﾌﾟﾚﾐｱﾑ | 血液検査 |  | □ |
| 3 | 　 |  | 男・女　 | Ｓ・Ｈ　 　 年　 　 月 　　日生 | 　 | Ａ | Ｂ | Ｃ | ﾌﾟﾚﾐｱﾑ | 血液検査 |  | □ |
| 4 | 　 |  | 男・女　 | Ｓ・Ｈ　 　 年　 　 月 　　日生 | 　 | Ａ | Ｂ | Ｃ | ﾌﾟﾚﾐｱﾑ | 血液検査 |  | □ |
| 5 | 　 |  | 男・女　 | Ｓ・Ｈ　 　 年　 　 月 　　日生 | 　 | Ａ | Ｂ | Ｃ | ﾌﾟﾚﾐｱﾑ | 血液検査 |  | □ |
| 6 | 　 |  | 男・女　 | Ｓ・Ｈ　 　 年　 　 月 　　日生 | 　 | Ａ | Ｂ | Ｃ | ﾌﾟﾚﾐｱﾑ | 血液検査 |  | □ |
| 7 | 　 |  | 男・女　 | Ｓ・Ｈ　 　 年　 　 月 　　日生 | 　 | Ａ | Ｂ | Ｃ | ﾌﾟﾚﾐｱﾑ | 血液検査 |  | □ |
| 8 | 　 |  | 男・女　 | Ｓ・Ｈ　 　 年　 　 月 　　日生 | 　 | Ａ | Ｂ | Ｃ | ﾌﾟﾚﾐｱﾑ | 血液検査 |  | □ |
| 9 | 　 |  | 男・女　 | Ｓ・Ｈ　 　 年　 　 月 　　日生 | 　 | Ａ | Ｂ | Ｃ | ﾌﾟﾚﾐｱﾑ | 血液検査 |  | □ |
| 10 | 　 |  | 男・女　 | Ｓ・Ｈ　 　 年　 　 月 　　日生 | 　 | Ａ | Ｂ | Ｃ | ﾌﾟﾚﾐｱﾑ | 血液検査 |  | □ |

＊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。

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多々ございます。④～⑥であれば比較的空いています。

申込日 　年 月 日

**＜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　太田 宗一郎**

①郵便番号

②所 在 地

③事業所名 　　  **㊞**

受診料合計

￥

④Ｔ Ｅ Ｌ

⑤ＦＡＸまたはﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※1週間前に確認の連絡をします。

⑥連絡責任者