

**【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

3月14日(火)

【FAX:0566-24-6049】 【E-Mail: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
					A	B	C	プレミアム	血液検査		
1		男・女	S・H 年 月 日生		A	B	C	プレミアム	血液検査		<input type="checkbox"/>
2		男・女	S・H 年 月 日生		A	B	C	プレミアム	血液検査		<input type="checkbox"/>
3		男・女	S・H 年 月 日生		A	B	C	プレミアム	血液検査		<input type="checkbox"/>
4		男・女	S・H 年 月 日生		A	B	C	プレミアム	血液検査		<input type="checkbox"/>
5		男・女	S・H 年 月 日生		A	B	C	プレミアム	血液検査		<input type="checkbox"/>
6		男・女	S・H 年 月 日生		A	B	C	プレミアム	血液検査		<input type="checkbox"/>
7		男・女	S・H 年 月 日生		A	B	C	プレミアム	血液検査		<input type="checkbox"/>
8		男・女	S・H 年 月 日生		A	B	C	プレミアム	血液検査		<input type="checkbox"/>
9		男・女	S・H 年 月 日生		A	B	C	プレミアム	血液検査		<input type="checkbox"/>
10		男・女	S・H 年 月 日生		A	B	C	プレミアム	血液検査		<input type="checkbox"/>

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

㊟

④TEL

⑤FAXまたはメールアドレス

⑥連絡責任者

<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

*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。