

定期健康診断申込書 10月9日(水) 【FAX:0566-24-6049】 【メ-ル:ishimura@kariya-cci.or.jp】

No.	氏名	ふりがな	性別	生年月日	希望時間	基本コース	健康保険証記号番号 (記号8桁番号1~3桁) ※協会けんぽコース受診者のみ	オプション検査 ①~⑫のご希望番号を 記入して下さい (複数可)
1				S・H 年 月 日生				
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								

※1週間前に確認の連絡をします。

※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・健診結果送付の為に利用致します。

※健康診断実施後、請求書を発行・送付致します。

お手数ですが**到着後受診料の振込**をお願いします。

※協会けんぽコースは被扶養者、34歳以下、75歳以上の方は対象外となります。

申込日 年 月 日

郵便番号

所在地

事業所名



TEL

FAX/Mail

連絡責任者