

商工会記入欄	
連絡日	入力

平成28年度 志免町商工会健康診断受診申込書
(会員用 11名以上)

太枠内全てをご記入ください。(提出日) 平成28年 月 日

事業所名称			受付No	事業所No
事業所所在地	Tel		fax	
代表者氏名	フリガナ	フリガナ	担当者名	

受診希望日時は、申し込み状況に応じて変更されることがあります。ご了承ください

	フリガナ(必ずご記入下さい) 受診者氏名 (楷書で丁寧に記入ください)	性別	生年月日	希望日時を番号で ご記入ください (別紙参照)	一般健診 負担金	オプション 検査 ※	備考
11	フリガナ	男女	昭和 平成 年 月 日	第1希望 () 第2希望 ()	5,823円 × ()名 = 円	A・B・C 円	
12	フリガナ	男女	昭和 平成 年 月 日	第1希望 () 第2希望 ()		A・B・C 円	
13	フリガナ	男女	昭和 平成 年 月 日	第1希望 () 第2希望 ()		A・B・C 円	
14	フリガナ	男女	昭和 平成 年 月 日	第1希望 () 第2希望 ()		A・B・C 円	
15	フリガナ	男女	昭和 平成 年 月 日	第1希望 () 第2希望 ()		A・B・C 円	
16	フリガナ	男女	昭和 平成 年 月 日	第1希望 () 第2希望 ()		A・B・C 円	
17	フリガナ	男女	昭和 平成 年 月 日	第1希望 () 第2希望 ()		A・B・C 円	
18	フリガナ	男女	昭和 平成 年 月 日	第1希望 () 第2希望 ()		A・B・C 円	
19	フリガナ	男女	昭和 平成 年 月 日	第1希望 () 第2希望 ()		A・B・C 円	
20	フリガナ	男女	昭和 平成 年 月 日	第1希望 () 第2希望 ()		A・B・C 円	
負担金合計							

※ オプション検査のABCは次のとおりとなります(A 胃検診 4,320円 B 便潜血検査 648円 C 便細菌検査 2,160円) 受診される項目に「O」を付けて合計金額をご記入ください。

