

送信先 志免町商工会 宛 (FAX 935-1349)

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)

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	
1	フリガナ	男女	昭和 平成 年 月 日	第1希望 () 第2希望 ()	3,000円	A・B・C 円		
2	フリガナ	男女	昭和 平成 年 月 日	第1希望 () 第2希望 ()	× ()名	A・B・C 円		
3	フリガナ	男女	昭和 平成 年 月 日	第1希望 () 第2希望 ()	= 円	A・B・C 円		
4	フリガナ	男女	昭和 平成 年 月 日	第1希望 () 第2希望 ()	4,500円 × ()名 = 円	A・B・C 円		
5	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		
6	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		
7	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		
8	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		
9	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		
10	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							円	

※ 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。

11名以上でのお申込の際は、商工会事務局 (TEL935-1337) までお問合せください。