

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 29 年度志免町商工会健康診断受診申込書 (会員以外)

太枠内全てをご記入ください。

(提出日) 平成 29 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)<br>受診者氏名<br>(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<br>ご記入ください<br>(別紙参照) | 一般健診<br>負担金                  | オプション<br>検査 ※ | 備考       |
|--------------|--|----|----------------|-------------------------------|------------------------------|---------------|----------|
| 1            | フリガナ                                       | 男女 | 昭和 平成<br>年 月 日 | 第1希望 ( )<br>第2希望 ( )          | 5,823 円<br>×<br>( ) 名<br>= 円 | A・B・C<br>円    |          |
| 2            | フリガナ                                       | 男女 | 昭和 平成<br>年 月 日 | 第1希望 ( )<br>第2希望 ( )          |                              | A・B・C<br>円    |          |
| 3            | フリガナ                                       | 男女 | 昭和 平成<br>年 月 日 | 第1希望 ( )<br>第2希望 ( )          |                              | A・B・C<br>円    |          |
| 4            | フリガナ                                       | 男女 | 昭和 平成<br>年 月 日 | 第1希望 ( )<br>第2希望 ( )          |                              | A・B・C<br>円    |          |
| 5            | フリガナ                                       | 男女 | 昭和 平成<br>年 月 日 | 第1希望 ( )<br>第2希望 ( )          |                              | A・B・C<br>円    |          |
| 6            | フリガナ                                       | 男女 | 昭和 平成<br>年 月 日 | 第1希望 ( )<br>第2希望 ( )          |                              | A・B・C<br>円    |          |
| 7            | フリガナ                                       | 男女 | 昭和 平成<br>年 月 日 | 第1希望 ( )<br>第2希望 ( )          |                              | A・B・C<br>円    |          |
| 8            | フリガナ                                       | 男女 | 昭和 平成<br>年 月 日 | 第1希望 ( )<br>第2希望 ( )          |                              | A・B・C<br>円    |          |
| 9            | フリガナ                                       | 男女 | 昭和 平成<br>年 月 日 | 第1希望 ( )<br>第2希望 ( )          |                              | A・B・C<br>円    |          |
| 10           | フリガナ                                       | 男女 | 昭和 平成<br>年 月 日 | 第1希望 ( )<br>第2希望 ( )          |                              | A・B・C<br>円    |          |
| <b>負担金合計</b> |  |    |                |                               |                              |               | <b>円</b> |

※ 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。