

令和3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) 令和3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・D・E 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・D・E 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・D・E 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・D・E 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・D・E 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・D・E 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・D・E 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・D・E 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・D・E 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・D・E 円 | | |
| 負担金合計 | | | | | | | | 円 |

※ オプション検査は次のとおりとなります【A: ABC 健診 4,500 円、B: 便潜血検査 1,200 円、C: PSA 1,730 円、D: Lox インデックス 13,000 円、E: アミノインデックス 24,000 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 (TEL 935-1337) までお問合せください。

令和3年度 志免町商工会健康診断受診申込書
(会員用 11名以上)

| 商工会記入欄 | | |
|--------|----|---------|
| 連絡日 | 入力 | 栄光会 FAX |

太枠内全てをご記入ください。

(提出日) 令和3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 () | 5,800円 × ()名 = 円 | A・B・C・D・E 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・D・E 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・D・E 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・D・E 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・D・E 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・D・E 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・D・E 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・D・E 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・D・E 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・D・E 円 | |
| 負担金合計 | | | | | | | 円 |

※ オプション検査は次のとおりとなります【A: ABC 健診 4,500円、B: 便潜血検査 1,200円、C: PSA 1,730円、D: Lox インデックス 13,000円、E: アミノインデックス 24,000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。

商工会記入欄

| | | |
|-----|----|------------|
| 連絡日 | 入力 | 栄光会 FAX |
|-----|----|------------|

令和3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) 令和3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 () | 5,800 円 × () 名 = 円 | A・B・C・D・E 円 | |
| 2 | フリガナ | 男 女 | 昭和 平成 年 月 日 | 第1希望 () 第2希望 () | | A・B・C・D・E 円 | |
| 3 | フリガナ | 男 女 | 昭和 平成 年 月 日 | 第1希望 () 第2希望 () | | A・B・C・D・E 円 | |
| 4 | フリガナ | 男 女 | 昭和 平成 年 月 日 | 第1希望 () 第2希望 () | | A・B・C・D・E 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・D・E 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・D・E 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・D・E 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・D・E 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・D・E 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・D・E 円 | |
| 負担金合計 | | | | | | | 円 |

※ オプション検査は次のとおりとなります【A: ABC 健診 4,500 円、B: 便潜血検査 1,200 円、C: PSA 1,730 円、D: Lox インデックス 13,000 円、E: アミノインデックス 24,000 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。