

令和 5 年度 志免町商工会健康診断受診申込書 (会員用)

確認	入力	栄光会 FAX
----	----	------------

太枠内全てをご記入ください。

(提出日) 令和 5 年 月 日

事業所 名称	フリガナ		受付 No	事業所No
事業所 所在地	住所 Tel fax またはメール			
代表者 氏名	フリガナ	フリガナ	担当者名 (連絡先Tel )	

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		
<b>負担金合計</b>							<b>円</b>	

※ 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 2,140 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 (TEL935-1337) までお問合せください。商工会ホームページからもダウンロードできます。

令和 5 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		
確認	入力	栄光会 FAX

太枠内全てをご記入ください。

(提出日) 令和 5 年 月 日

事業所名称	フリガナ		受付 No	事業所 No
事業所所在地	住所 Tel fax またはメール			
代表者氏名	フリガナ	フリガナ	担当者名 (連絡先 Tel )	

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 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	
<b>負担金合計</b>							<b>円</b>

※ 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 2,140 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	入力	栄光会 FAX
----	----	------------

令和 5 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 5 年 月 日

事業所 名称	フリガナ		受付 No	事業所No
事業所 所在地	住所	Tel fax またはメール		
代表者 氏名	フリガナ	フリガナ		
	担当者名 (連絡先Tel )			

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 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 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 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 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	
<b>負担金合計</b>							<b>円</b>

※ 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 2,140 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。