

商工会記入欄		
確認	入力	青洲会

令和6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6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 × () 名 = 円	A・B・C・D 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 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 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 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 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 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 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 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 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 円	
負担金合計							円

※ オプション検査の ABCD は次のとおりとなります (A→ABC(胃がんリスク分類)検査 4,500円 B→便潜血検査 1,200円 C→PSA(前立腺がん腫瘍マーカー) 1,730円 D→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(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6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	青洲会
----	----	-----

太枠内全てをご記入ください。

(提出日) 令和6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・D 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 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 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 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 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 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 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 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 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 円	
負担金合計							円

※ オプション検査の ABCD は次のとおりとなります (A→ABC (胃がんリスク分類) 検査 4,500円 B→便潜血検査 1,200円 C→PSA (前立腺がん腫瘍マーカー) 1,730円 D→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。

令和6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6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・D 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 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 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 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 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 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 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 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 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 円	
負担金合計							円

※ オプション検査の ABCD は次のとおりとなります（A→ABC（胃がんリスク分類）検査 4,500円 B→便潜血検査 1,200円 C→PSA（前立腺がん腫瘍マーカー）1,730円 D→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。