

商工会記入欄		
確認	入力	栄光会 FAX

令和 7 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 7 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	
	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 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7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7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	
	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 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 7 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 7 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	
	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 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。