

商工会健康診断予約申込書

| | | | |
|-----------|-----------|------------------------------|-------------------------|
| 事業所名 | | | |
| 電 話 | FAX | | 担当者名 |
| 所在地 | 〒 - | | |
| 会費口数受診枠 | 口 人 | 会費口数1口につき2人までが口数内の受診者分となります。 | |
| 負担金内訳 | 会費口数内受診者分 | 35歳未満 ¥3,500× 人= | 35歳以上 円 ¥5,000× 人= 円 |
| | 会費口数超過受診分 | 35歳未満 ¥4,500× 人= | 35歳以上 円 ¥7,000× 人= 円 |
| 合計 | | 円 | |

受診者名・フリガナ・性別・生年月日の記入をお願いします。希望する検査日、受診時間を○で囲ってください。 ※35歳以上は、聴力・心電図・腹囲測定を行なってください。生年月日が昭和58年3月31日以前の方は35歳以上の受診となります。

| NO | フリガナ | 性別 | 生年月日 | 検査日 | 受診時間 |
|----|------|-----|-------|-------------|-------------------------------------|
| | 受診者名 | | | | |
| 1 | | 男・女 | 大・昭・平 | 10月3日(火) | 10:00-11:30・13:00-14:00・14:00-15:30 |
| | | | 年 月 日 | 4日(水)・5日(木) | 9:15-10:00・10:00-11:30 |
| | | | 歳 | 6日(金) | 13:00-14:00・14:00-15:30 |
| 2 | | 男・女 | 大・昭・平 | 10月3日(火) | 10:00-11:30・13:00-14:00・14:00-15:30 |
| | | | 年 月 日 | 4日(水)・5日(木) | 9:15-10:00・10:00-11:30 |
| | | | 歳 | 6日(金) | 13:00-14:00・14:00-15:30 |
| 3 | | 男・女 | 大・昭・平 | 10月3日(火) | 10:00-11:30・13:00-14:00・14:00-15:30 |
| | | | 年 月 日 | 4日(水)・5日(木) | 9:15-10:00・10:00-11:30 |
| | | | 歳 | 6日(金) | 13:00-14:00・14:00-15:30 |
| 4 | | 男・女 | 大・昭・平 | 10月3日(火) | 10:00-11:30・13:00-14:00・14:00-15:30 |
| | | | 年 月 日 | 4日(水)・5日(木) | 9:15-10:00・10:00-11:30 |
| | | | 歳 | 6日(金) | 13:00-14:00・14:00-15:30 |
| 5 | | 男・女 | 大・昭・平 | 10月3日(火) | 10:00-11:30・13:00-14:00・14:00-15:30 |
| | | | 年 月 日 | 4日(水)・5日(木) | 9:15-10:00・10:00-11:30 |
| | | | 歳 | 6日(金) | 13:00-14:00・14:00-15:30 |

西武中央病院受診は下記に記載

| | | | | |
|---|---|-------|----------|-------------|
| 1 | 男 | 年 月 日 | 10月2日(月) | 9:30-11:00 |
| | 女 | 歳 | 10月7日(土) | 13:00-15:00 |
| 2 | 男 | 年 月 日 | 10月2日(月) | 9:30-11:00 |
| | 女 | 歳 | 10月7日(土) | 13:00-15:00 |

※個人情報の取扱いについて、申込頂いた記載事項は、健康診断事業の目的以外で使用することはありません。尚、申し込み頂いた方は、同意されたものとみなします。受診者が多い場合はコピーしてお使いください。