

送信先 志免町商工会 宛 (FAX 935-1349)

商工会記入欄

平成 25 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) 平成 25 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 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 ()	= 円	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		

※ オプション検査の ABC は次のとおりとなります (A 胃検診 4,200 円 B 便潜血検査 630 円 C 便細菌検査 2,100 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。

送信先 志免町商工会 宛 (FAX 935-1349)

平成 25 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	

太枠内全てをご記入ください。(提出日) 平成 25 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 ()	5,565 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	

※ オプション検査の ABC は次のとおりとなります (A 胃検診 4,200 円 B 便潜血検査 630 円 C 便細菌検査 2,100 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。



送信先 志免町商工会 宛 (FAX 935-1349)

商工会記入欄	

平成 25 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）平成 25 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（ ）	5,565 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		

※ オプション検査の ABC は次のとおりとなります（A 胃検診 4,200 円 B 便潜血検査 630 円 C 便細菌検査 2,100 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。