

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）

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 (楷書で丁寧にご記入ください)	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( )	3,000 円 × ( )名 =	A・B・C 円	
2				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( )	A・B・C 円	A・B・C 円	
4				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( )	4,500 円 × ( )名 =	A・B・C 円	
6				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( )	A・B・C 円	A・B・C 円	
8				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( )	A・B・C 円	A・B・C 円	
10				第2希望( )		A・B・C 円	
	<b>負担金合計</b>						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「○」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)

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 11 名以上)

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 (楷書で丁寧にご記入ください)	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( )	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「○」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)

--	--

## 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

	受診者 氏名 (楷書で丁寧にご記入ください)	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	
	<b>負担金合計</b>				<b>円</b>		

※ 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「○」を付けて合計金額をご記入ください。