

健康診断受診申込書

大野商工会議所 行 (FAX 65-6110)

令和6年 月 日

事業所名		担当者名	
住 所	(〒 -) 大野市		
電 話		FAX	

(1) 一般コースの方

オプションのみの受診はできません。

希望日	NO	(フリガナ) 氏 名	性別	生年月日	特殊健診 オプション (希望No.を記入)	さわやか共済 加入割引
6/4 6/18	1		男・女	S/H ・		さわやか共済に ・加入している ・加入していない (どちらかに ○をお付けく ださい。)
6/4 6/18	2		男・女	S/H ・		
6/4 6/18	3		男・女	S/H ・		
6/4 6/18	4		男・女	S/H ・		
6/4 6/18	5		男・女	S/H ・		
6/4 6/18	6		男・女	S/H ・		
6/4 6/18	7		男・女	S/H ・		
6/4 6/18	8		男・女	S/H ・		
6/4 6/18	9		男・女	S/H ・		
6/4 6/18	10		男・女	S/H ・		

ご記入いただいた情報は、健康診断事業の諸連絡にのみ使用いたします。

- ・ 特殊健康診断、オプション検査をご希望の方は、オプション欄に番号をご記入下さい。
- ・ 当所のさわやか共済にご加入の事業所は、診断料を一人当たり300円割引致します。
- ・ 申込多数の場合はお手数ですが、申込書をコピー頂くか、御社作成の任意の名簿でお申込み下さい。