2022年度 商工会定期健康診断申込書

事業所名			
事業所住所	〒350－		
電話番号		FAX番号	
領収書宛名	事業所名と同じ ・それ以外（ ）		

健康診断区分	料金（税込）	受診者数(時間の指定はできません)			合計金額
		9月19日	9月29日	10月6日	
A コース	2,420円				
B コース	4,290円				
C コース	5,060円				
総計		人	人	人	円

◆事業所用（控え）の結果報告書（様式第５号）	希望 ・ 不要
◆お支払方法（どちらかに○をつけてください）	当日現金払い ・ 銀行振込

受診者氏名を記入してください。

No.	ふりがな 氏名	生年月日	性別	健診希望日	コース	オプション検査(別紙参照) 希望する項目番号を記入			
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									

※10名様以上の場合はコピーしてお使いください。

8月16日（火）までにFAX又は持参にて商工会にお申込みください。

ＦＡＸ ０４９－２９６－０２９１