申込日　令和　５　年　　月　　日

令和５年度生活習慣病予防健康診断申込書

事業所名		会員番号	
事業所住所	〒		
事業所電話番号	―　　―		
受診者	ﾌﾘｶﾞﾅ 氏名	性別	男　・　女
生年月日		年齢	歳 令和６年２月１日現在
自宅住所	〒		
自宅電話番号	―　　―		
会員（含む従業員・家族）		受診料　１６，２８０　円	

※同一事業所で複数人お申込の場合、送付物は一括送付させていただきます。

≪受診希望日について≫

１日の健診者数に限りがございます。当方にて日程調整をさせていただきますので、下表に希望日を第３希望までご記入ください。

２月　１日（木）		２月１６日（金）	
２月　２日（金）		２月１９日（月）	
２月　５日（月）		２月２０日（火）	
２月　６日（火）		２月２２日（木）	
２月　８日（木）		２月２６日（月）	
２月　９日（金）		２月２７日（火）	
２月１３日（火）		２月２９日（木）	
２月１５日（木）			

※申込書が足りない場合はコピーをしてご記入ください

ご記入頂いた情報は、商工会議所からの各種連絡のために利用するほか、医療機関へ提供いたします。