

[健康診断申込書]

ご記入いただく個人情報は、当所より健診実施医療機関へ提供いたしますのでご了承ください。
健診実施医療機関以外へ情報提供することはありません。

事業所名			担当者			
住所						
TEL			FAX			
フリガナ 受診者名	性別	生 年 月 日	オプション	○を付ける	※会議所記入欄 (共済・助成金)	
	男・女	昭和 平成	大腸がん		イッシー共済	
			前立がん			
		年 月 日	肺炎ウイルス		加入 ・ 未加入 口	
			ピロリ菌			
			胃ペプシノゲン			
	男・女	昭和 平成	大腸がん		イッシー共済	
			前立腺がん			
		年 月 日	肝炎ウイルス		加入 ・ 未加入 口	
			ピロリ菌			
			胃ペプシノゲン			
	男・女	昭和 平成	大腸がん		イッシー共済	
			前立腺がん			
		年 月 日	肝炎ウイルス		加入 ・ 未加入 口	
			ピロリ菌			
			胃ペプシノゲン			
受診希望日	第1希望	令和 年 月 日				法人会 会員 非会員
※必ず第2希望まで ご記入 をお願いします	第2希望	令和 年 月 日				

- ※ 3名以上申込みの際は、この用紙をコピーして記入してください。
(申込用紙は当所ホームページからもダウンロードできます。)
- ※ ご記入いただいた情報は、健康診断サービスの提供の他、当所からの各種連絡・情報提供、参加者の実態調査・分析のために利用することがあります。

※この欄は商工会議所で記入致します。						
健康診断料	@7,700 円×	名	[助成制度]	納入金額		
大腸がん検査	@1,330 円×	名	☐ 法人会会員 1,000 円		円	
前立腺がん検査	@1,330 円×	名	☐ イッシー共済(1口 500 円)×			口
肝炎ウイルス検査	@1,650 円×	名	合計()円			
ピロリ菌検査	@2,450 円×	名				
胃ペプシノゲン検査	@2,970 円×	名				
	合計()円					