

[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 加入 ・ 未加入 口
			前立腺がん		
		年 月 日	肝炎ウイルス		
			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 加入 ・ 未加入 口
			前立腺がん		
		年 月 日	肝炎ウイルス		
			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 加入 ・ 未加入 口
			前立腺がん		
		年 月 日	肝炎ウイルス		
			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 ☐ イッシー共済(1口 500 円)× 口 合計()円		円
前立腺がん検査	@1,330 円×	名			
肝炎ウイルス検査	@1,650 円×	名			
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					