

[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)
代表者		男・女	昭和 平成		大腸がん		イッシー共済
			年 月 日	前立腺がん		加入 ・ 未加入 口	
				肝炎ウイルス			
				ピロリ菌			
		胃ペプシノゲン					
代表者		男・女	昭和 平成		大腸がん		イッシー共済
			年 月 日	前立腺がん		加入 ・ 未加入 口	
				肝炎ウイルス			
				ピロリ菌			
		胃ペプシノゲン					
代表者		男・女	昭和 平成		大腸がん		イッシー共済
			年 月 日	前立腺がん		加入 ・ 未加入 口	
				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				

※ 代表者(当日窓口でお支払される方)は代表者欄に○を記入してください。

※ 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 大腸がん検査 @1,330 円 × 名 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	[助成制度] ☐ 法人会会員 1,000 円 ☐ イッシー共済(1口 500 円) × 口 合計()円	納 入 金 額	円
--	---	------------------	---