

健康診断申込書

※5名以上受診する場合はこの用紙をコピーしてご利用をお願いいたします。

No.	フリガナ 氏名	生年月日	年齢	性別	受診歴	希望日	希望時間
1		昭和・平成 年 月 日	歳	男	有	・13日 ・14日 ・15日 ・16日 ・17日	8:00 8:30
				女	無		9:00 9:30
							10:00 10:30
							11:00 11:30
2		昭和・平成 年 月 日	歳	男	有	・13日 ・14日 ・15日 ・16日 ・17日	8:00 8:30
				女	無		9:00 9:30
							10:00 10:30
							11:00 11:30
3		昭和・平成 年 月 日	歳	男	有	・13日 ・14日 ・15日 ・16日 ・17日	8:00 8:30
				女	無		9:00 9:30
							10:00 10:30
							11:00 11:30
4		昭和・平成 年 月 日	歳	男	有	・13日 ・14日 ・15日 ・16日 ・17日	8:00 8:30
				女	無		9:00 9:30
							10:00 10:30
							11:00 11:30
5		昭和・平成 年 月 日	歳	男	有	・13日 ・14日 ・15日 ・16日 ・17日	8:00 8:30
				女	無		9:00 9:30
							10:00 10:30
							11:00 11:30

生活習慣病検診 (@10,000円×

名=

円)

合計

円

事業所名

所在地

代表者

ご担当者

電話

F A X

*事務処理欄(記入不要)

受付日	領収日	扱者

申込期限 7月16日(金)まで

FAX: 042-485-9951

*毎年、生年月日の誤りがいくつか見受けられます。

正確にご記入をお願い致します。また、調布東山病院の受診歴の有無の
入力をお願いします。

*記入頂きました個人情報につきましては、調布市商工会の個人情報に対する基本姿勢に基づき取扱い致します。