

平成30年度 生活習慣病予防健診申込書 (B)

※太枠線内をご記入ください。

事業所名		健診料 (合計)	受付No
住所	〒		
電話番号			
担当者名			

(該当項目に○印を付けてください。)

No	お名前	性別	生年月日	健診項目				健診料 (小計)	希望日時	備考
1	フリガナ	男	昭和・平成	基本	胃	大腸	乳			
		女	年 月 日	9,200	5,000	1,500	3,780			
2	フリガナ	男	昭和・平成	子宮	前立腺	肝炎	眼底			
		女	年 月 日	3,780	1,900	2,500	900			
3	フリガナ	男	昭和・平成	基本	胃	大腸	乳			
		女	年 月 日	9,200	5,000	1,500	3,780			
4	フリガナ	男	昭和・平成	子宮	前立腺	肝炎	眼底			
		女	年 月 日	3,780	1,900	2,500	900			
5	フリガナ	男	昭和・平成	基本	胃	大腸	乳			
		女	年 月 日	9,200	5,000	1,500	3,780			
6	フリガナ	男	昭和・平成	子宮	前立腺	肝炎	眼底			
		女	年 月 日	3,780	1,900	2,500	900			
7	フリガナ	男	昭和・平成	基本	胃	大腸	乳			
		女	年 月 日	9,200	5,000	1,500	3,780			
8	フリガナ	男	昭和・平成	子宮	前立腺	肝炎	眼底			
		女	年 月 日	3,780	1,900	2,500	900			
9	フリガナ	男	昭和・平成	基本	胃	大腸	乳			
		女	年 月 日	9,200	5,000	1,500	3,780			
10	フリガナ	男	昭和・平成	子宮	前立腺	肝炎	眼底			
		女	年 月 日	3,780	1,900	2,500	900			

※健康診断結果報告書(事業所)の控えを必要とする。[ する ・ しない ]

※ご記入いただいた情報は、商工会議所からの各種連絡、情報提供のために使用することがあります。