ＦＡＸ　019-654-1588

盛岡商工会議所　健診担当　行

|  |
| --- |
| 定期健診用 申込書　兼　変更連絡票　　 |
| 住　所　盛岡市清水町14-12　　メール　daihyo@ccimorioka.or.jp |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申 込 日 | ２０２１年 月 日 | （　　）枚目／（　　）枚中 |
| 事業所名 |  | TEL |  | ※日中確実に連絡がとれる番号をご記入ください |
| 住　　所 |  | FAX |  | ご担当者 |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | 生年月日 | 性別 | 健診希望日 | 希望検査（下段はオプション）※○で囲む | スワン共済加入 |
| 受診者名 | 希望受付時間 |
|  | 昭和・平成年 月 日 | 男・女 | 　 月　　日 |  基本検査  | 有・無 |
|  |  ：　　～ | 腹部・大腸・眼底・前立腺・肝炎 |
|  | 昭和・平成年 月 日 | 男・女 | 　 月　　日 |  基本検査  | 有・無 |
|  |  ：　　～ | 腹部・大腸・眼底・前立腺・肝炎 |
|  | 昭和・平成年 月 日 | 男・女 | 　 月　　日 |  基本検査  | 有・無 |
|  |  ：　　～ | 腹部・大腸・眼底・前立腺・肝炎 |
|  | 昭和・平成年 月 日 | 男・女 | 　 月　　日 |  基本検査  | 有・無 |
|  |  ：　　～ | 腹部・大腸・眼底・前立腺・肝炎 |
|  | 昭和・平成年 月 日 | 男・女 | 　 月　　日 |  基本検査  | 有・無 |
|  |  ：　　～ | 腹部・大腸・眼底・前立腺・肝炎 |
|  | 昭和・平成年 月 日 | 男・女 | 　 月　　日 |  基本検査  | 有・無 |
|  |  ：　　～ | 腹部・大腸・眼底・前立腺・肝炎 |
|  | 昭和・平成年 月 日 | 男・女 | 　 月　　日 |  基本検査  | 有・無 |
|  |  ：　　～ | 腹部・大腸・眼底・前立腺・肝炎 |
|  | 昭和・平成年 月 日 | 男・女 | 　 月　　日 |  基本検査  | 有・無 |
|  |  ：　　～ | 腹部・大腸・眼底・前立腺・肝炎 |
|  | 昭和・平成年 月 日 | 男・女 | 　 月　　日 |  基本検査  | 有・無 |
|  |  ：　　～ | 腹部・大腸・眼底・前立腺・肝炎 |
|  | 昭和・平成年 月 日 | 男・女 | 　 月　　日 |  基本検査  | 有・無 |
|  |  ：　　～ | 腹部・大腸・眼底・前立腺・肝炎 |

※１　受診する方の情報はもれなくご記入をお願いいたします。（特にフリガナの記入もれにご注意ください）

※２　商工会議所生命共済（スワン共済）割引は、申込時点で加入されている方に限ります。

※３　提出していただいた情報は、本健診の運営以外の目的で使用いたしません。

※４　お申込みが１０名を超える場合は、本申込書をコピーしてご使用ください。