定期健康診断申込書　5月30日(火)【FAX:0566-24-6049】

※プレミアム共済加入者の方は助成金がありますので、右欄へチェックをお願いします。

	種別 (A/B/C/D/ 血液検査のみ)	氏　名	ふりがな	性別	生年月日	希望時間	オプション検査 (1)子宮頸がん (2)骨密度 (3)腹部超音波	※ﾌﾟﾚﾐｱﾑ共済
1					S・H			
2					S・H			
3					S・H			
4					S・H			
5					S・H			
6					S・H			
7					S・H			
8					S・H			
9					S・H			
10					S・H			
11					S・H			
12					S・H			
13					S・H			
14					S・H			
15					S・H			

希望時間は、①9:00 ②9:30 ③10:00 ④10:30 ⑤11:00 のいずれかでお願いします。
① 9:00 ②9:30 は混み合いますので、待ち時間が長くなる場合がございます。ご了承ください。

申込日　　年　　月　　日

①郵便番号
②所 在 地
③事業所名　　㊞
④Ｔ Ｅ Ｌ
⑤Ｆ Ａ Ｘ　　※1 週間前に確認の FAX を送ります。
⑥連絡責任者

※ ご記入いただいた情報は、当商工会議所、実施機関の(一社)半田市医師会健康管理センターからの各種連絡・情報提供・健診結果送付のために利用致します。

※ 刈谷商工会議所窓口でお支払される場合は領収書を発行いたしますので、こちらの申込書を持参ください。

＜アンケートへご協力をお願いします。1～4のいずれかへ○をつけてください。＞
Q. 腹部超音波検査について、今後7月と1月に実施する場合、受けたいと思われますか？
1. 7月なら受けてみたい　2. 1月なら受けてみたい　3. 興味がない
4. その他(　　)

ご協力ありがとうございました。