

[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)	
	男・女	昭和	平成	大腸がん		イッシー共済	
		年 月 日	前立がん		加入・未加入 口		
肺炎ウイルス							
ピロリ菌							
胃ペプシノゲン (対象者のみ)							
風しん抗体							
	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 (対象者のみ)							
風しん抗体							
	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 (対象者のみ)							
風しん抗体							
受診希望日	第1希望	令和	年	月	日	法人会	
※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	会員 非会員	

※ 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 @6,600 円 × 名	[助成制度] <input type="checkbox"/> 法人会会員 1,000 円 <input type="checkbox"/> イッシー共済(1口 500 円) × 口 合計()円	納入金額	円
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			