

◆受診日は定員に達した日から随時メ切となりますので、お早めにお申込みください。◆

横須賀商工会議所 産業・地域活性化課 FAX:823-0401

申込メ切 2月9日(金)

# 平成30年春 生活習慣病健診申込書

太線内は、全て記入または該当するものに○をして下さい

HP

フリガナ			
事業所名			
担当者名	区 分 (該当項目に○)	会 員 ・ 特商 / 青色会員 ・ 一 般	
所在地	〒 -		
電 話	( )	F A X	( )

■希望日は必ずご記入下さい。用紙が足りない場合はお手数ですが、コピーでご対応下さい。

■基本コース(A又はB)に○印を必ず明記して下さい。

■オプション希望者は、(超・乳エ・マ・前)に○印を明記して下さい。

(注) ご記入いただいた個人情報 は本事業の運営管理のみに利用させていただきます。

受診料の割引・補助対象の方は  
○をお付け下さい。

会議所  
記入欄

受診者氏名	生年月日	基本コース	オプション (希望項目)	希望日		コスモス	グリーン	確定日
				第1希望	第2希望			
フリガナ 男 女	大正 昭和 平成 年 月 日	A・B	超・乳エ・マ・前	第1希望	第2希望			
フリガナ 男 女	大正 昭和 平成 年 月 日	A・B	超・乳エ・マ・前	第1希望	第2希望			
フリガナ 男 女	大正 昭和 平成 年 月 日	A・B	超・乳エ・マ・前	第1希望	第2希望			
フリガナ 男 女	大正 昭和 平成 年 月 日	A・B	超・乳エ・マ・前	第1希望	第2希望			
フリガナ 男 女	大正 昭和 平成 年 月 日	A・B	超・乳エ・マ・前	第1希望	第2希望			
フリガナ 男 女	大正 昭和 平成 年 月 日	A・B	超・乳エ・マ・前	第1希望	第2希望			
フリガナ 男 女	大正 昭和 平成 年 月 日	A・B	超・乳エ・マ・前	第1希望	第2希望			
フリガナ 男 女	大正 昭和 平成 年 月 日	A・B	超・乳エ・マ・前	第1希望	第2希望			
フリガナ 男 女	大正 昭和 平成 年 月 日	A・B	超・乳エ・マ・前	第1希望	第2希望			

備考

こちらで記入のうえ返送しますので、  
空欄のままにしておいて下さい。

※受診料の割引特典(1,000円割引)が受けられる「コスモス共済」について資料を希望される方は、右の□に✓印をご記入下さい。

\*\*\*\*\* 以下、生活習慣病健診担当者記入 \*\*\*\*\*

この度は、当所「生活習慣病健診」にお申込みいただきありがとうございます。

確定日より1週間前までに、受診票と容器が事業所(申込書「所在地」欄)宛に送付されますが、届かない場合にはお手数ですが横須賀商工会議所(046-823-0402)まで連絡をお願いします。

また、受診料は当日現金払(原則)とさせていただきます。後日精算をご希望の事業所はご一報をお願いします。

受付 No	通 信 欄	受付印