

◆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・地域活性課 FAX:823-0401

申込メ切 2月8日(金)

平成31年春 生活習慣病健診申込書

HP

太線内は、全て記入または該当するものに○をして下さい

| | | | |
|------|----------------|---------------|-----|
| 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 | | | |

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(申込時住所)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 |
| | | |