

平成28年 月 日

島本町商工会 御中

住 所 _____

事業所名 _____

電話番号 _____

担 当 者 _____

健康診断受診申込書

下記のとおり 名につき 円を添えて申し込みします。

	受 診 者 名	性 別	年 齢	検 診 項 目	金 額	摘 要※
1	(フリガナ).....	男・女		A・B		
2	(フリガナ).....	男・女		A・B		
3	(フリガナ).....	男・女		A・B		
4	(フリガナ).....	男・女		A・B		
5	(フリガナ).....	男・女		A・B		
6	(フリガナ).....	男・女		A・B		
7	(フリガナ).....	男・女		A・B		
8	(フリガナ).....	男・女		A・B		
9	(フリガナ).....	男・女		A・B		
10	(フリガナ).....	男・女		A・B		
合 計 金 額						

※ 当会で初めて受診する方は摘要に生年月日をご記入願います。

記 入 事 項

- (1) 34才までの方、36才～39才までの方は、Aに○を付して下さい。
- (2) 35才・40歳以上で受診される方は、A・Bすべてに○を付して下さい。