

前橋商工会議所 ポエム健診 申込書

| | | | |
|--------|---|------|--|
| 事業所名 | | ご担当者 | |
| 住 所 | 〒 | | |
| TEL | | FAX | |
| E-mail | | | |

※下記に記入した情報を本事業運営のために利用することに同意し申込みます。

| | |
|---------------------------|---|
| 健診機関 (希望機関に○を付けてください。) | 群馬中央病院 済生会前橋病院 関越中央病院 心臓血管センター |
|---------------------------|---|

| フリガナ (必須) | 性別 | 生 年 月 日 (必須) | 受診希望日 (例: 1月5日→1/5) ※健診機関毎に健診日 が異なりますのでご注 意ください。 | | 健診コース ※○を付けてください。 【下段はオプション項目の記号 (あ・い等)を記入】 |
|-----------|--------|-----------------|--|------|--|
| | | | 第1希望 | 第2希望 | |
| 1 受診者名 | 男 女 | S H 年 日 月 日 | / | / | A · B · C |
| 2 | 男 女 | S H 年 日 月 日 | / | / | A · B · C |
| 3 | 男 女 | S H 年 日 月 日 | / | / | A · B · C |
| 4 | 男 女 | S H 年 日 月 日 | / | / | A · B · C |
| 5 | 男 女 | S H 年 日 月 日 | / | / | A · B · C |
| 6 | 男 女 | S H 年 日 月 日 | / | / | A · B · C |

※申込書が不足の場合は、コピーしてご使用ください。また、受診者毎に健診機関が異なる場合は健診機関毎に申込書をご記入ください。

| | | | |
|----------------------------|------------------------------|---------------------------|--------|
| 申込受付 商工会議所 日付 担当印 | 請求書発行日 商工会議所 日付 担当印 | 領収日 商工会議所 日付 担当印 | 備 考 |
| / | / | / | |