

定期健康診断申込書

(塩尻商工会議所 行 ファックス 0263- 51-1388)

事業所名 _____

担当者名 _____

住 所 _____

電話番号 _____

ききょう(生命)共済制度に 加入している ・ 加入していない
 申込者の中で塩尻市の国民健康保険に加入者がいる場合人数をご記入下さい ()人

下記申込に氏名・生年月日・希望日(11月16～20日)を記入し、該当欄に をお願い致します。
 欄が不足の場合はコピーしてご利用下さい。

フリガナ 受診者氏名	生年月日	性別	希望日 11月16～20日	受診時間	検診 A	検診 B	希望者のみ		
							胃の検診		検便
							9～10時	10～11時	
	T.S.H . .		16・17・18・19・20	午前・午後					
	T.S.H . .		16・17・18・19・20	午前・午後					
	T.S.H . .		16・17・18・19・20	午前・午後					
	T.S.H . .		16・17・18・19・20	午前・午後					
	T.S.H . .		16・17・18・19・20	午前・午後					
合 計					人	人	人	人	人

締切 10月2日(金) となりますが、定員になり次第締切となりますので、お早めにお申込み下さい。
 胃の検診は絶飲食の関係で午前中のみ検診となります。ご了承下さい。