

# お申し込み

- 下記にご記入のうえ、メールまたはFAXにてお申込ください。ご記入いただいた個人情報は、受診票の作成にのみ使用します。
- お電話でのお申込は出来ませんので、ご了承ください。
- 受診者が書ききれない場合は、本紙をコピーしていただくか当所HPよりチラシをダウンロードしてください。
- 人数制限により日程変更をお願いする場合や、定員オーバーによりお断りする場合があります。
- 検診のご案内は、受診日の約1週間前を目安にお送りします。**

事業所名 \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_ 記入日 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

郵便番号 \_\_\_\_\_ 住 所 \_\_\_\_\_ ご連絡担当者名 \_\_\_\_\_

	フリガナ	共済	生年月日 (西暦で記入)	性別	受診コース(○印を打つ)			
	名 前				タイプⅠ	タイプⅡ	胃	じん肺
例	ケンコウ タロウ 健康 太郎	<input checked="" type="checkbox"/> 加入 未加入	西暦 1992年3月18日	<input checked="" type="checkbox"/> 男 女	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
1	_____	加入 未加入	西暦 ____年__月__日	男 女				
2	_____	加入 未加入	西暦 ____年__月__日	男 女				
3	_____	加入 未加入	西暦 ____年__月__日	男 女				
4	_____	加入 未加入	西暦 ____年__月__日	男 女				
5	_____	加入 未加入	西暦 ____年__月__日	男 女				
6	_____	加入 未加入	西暦 ____年__月__日	男 女				
7	_____	加入 未加入	西暦 ____年__月__日	男 女				
8	_____	加入 未加入	西暦 ____年__月__日	男 女				
9	_____	加入 未加入	西暦 ____年__月__日	男 女				
10	_____	加入 未加入	西暦 ____年__月__日	男 女				

# お申し込み

- 下記にご記入のうえ、メールまたはFAXにてお申込ください。ご記入いただいた個人情報は、受診票の作成にのみ使用します。
- お電話でのお申込は出来ませんので、ご了承ください。
- 受診者が書ききれない場合は、本紙をコピーしていただくか当所HPよりチラシをダウンロードしてください。
- 人数制限により日程変更をお願いする場合や、定員オーバーによりお断りする場合があります。
- 検診のご案内は、受診日の約1週間前を目安にお送りします。**

事業所名 \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_ 記入日 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

郵便番号 \_\_\_\_\_ 住所 \_\_\_\_\_ ご連絡担当者名 \_\_\_\_\_

	フリガナ	共済	生年月日 (西暦で記入)	性別	受診コース(○印を打つ)			
	名 前				タイプⅠ	タイプⅡ	胃	じん肺
11	.....	加入 ・ 未加入	西暦 ____年____月____日	男 ・ 女				
12	.....	加入 ・ 未加入	西暦 ____年____月____日	男 ・ 女				
13	.....	加入 ・ 未加入	西暦 ____年____月____日	男 ・ 女				
14	.....	加入 ・ 未加入	西暦 ____年____月____日	男 ・ 女				
15	.....	加入 ・ 未加入	西暦 ____年____月____日	男 ・ 女				
16	.....	加入 ・ 未加入	西暦 ____年____月____日	男 ・ 女				
17	.....	加入 ・ 未加入	西暦 ____年____月____日	男 ・ 女				
18	.....	加入 ・ 未加入	西暦 ____年____月____日	男 ・ 女				
19	.....	加入 ・ 未加入	西暦 ____年____月____日	男 ・ 女				
20	.....	加入 ・ 未加入	西暦 ____年____月____日	男 ・ 女				