

生活習慣病検診申込書

下記の通り生活習慣病検診を申込いたします。

事業所名	T E L		パートナーあげおく生命共済		
	F A X		加入・未加入		
	担当者名				
所在地	〒 ー			検診申込者合計人数	
				名	
検診料納入方法		※該当する箇所に○印の記入をお願いします。			
① 指定口座へ振込 ② 検診日当日持参 (会社一括) ③ 検診日当日持参 (個別) ④ その他					
No.	(フリガナ) 氏 名	生年月日 ※西暦でご記入下さい	性別 (一方に○を)	受診希望日時 (希望に○をご記入ください)	
				実施日	受付時間
1	()	年 月 日	男・女	4/ 8 (月)	8:30~
				4/ 9 (火)	9:30~
				4/10 (水)	10:30~
				4/11 (木)	11:30~
				4/12 (金)	
2	()	年 月 日	男・女	4/ 8 (月)	8:30~
				4/ 9 (火)	9:30~
				4/10 (水)	10:30~
				4/11 (木)	11:30~
				4/12 (金)	
3	()	年 月 日	男・女	4/ 8 (月)	8:30~
				4/ 9 (火)	9:30~
				4/10 (水)	10:30~
				4/11 (木)	11:30~
				4/12 (金)	
4	()	年 月 日	男・女	4/ 8 (月)	8:30~
				4/ 9 (火)	9:30~
				4/10 (水)	10:30~
				4/11 (木)	11:30~
				4/12 (金)	
5	()	年 月 日	男・女	4/ 8 (月)	8:30~
				4/ 9 (火)	9:30~
				4/10 (水)	10:30~
				4/11 (木)	11:30~
				4/12 (金)	
6	()	年 月 日	男・女	4/ 8 (月)	8:30~
				4/ 9 (火)	9:30~
				4/10 (水)	10:30~
				4/11 (木)	11:30~
				4/12 (金)	
7	()	年 月 日	男・女	4/ 8 (月)	8:30~
				4/ 9 (火)	9:30~
				4/10 (水)	10:30~
				4/11 (木)	11:30~
				4/12 (金)	

※申込書が足りない場合はこの用紙をコピーしてお申込みください。

※ご記入いただきました情報は、受診者台帳の作成・検診結果通知及び検診に関する案内に使用します。