

「経営者・従業員」の健康診断申込書

(※8名以上の場合は
当用紙をコピーしてください。)

| | フリガナ | 生 年 月 日 | 年 齢 | 性 別 | 受診希望日 () 内に○印下さい | 希望受付時間 番号を記入 | |
|---|------|-------------------|-----|-----|----------------------|-----------------|------|
| | 氏 名 | | | | | 第1希望 | 第2希望 |
| 1 | | 昭 和 年 月 日生 平 成 | 才 | 男・女 | 2月 2日() 2月10日() | | |
| 2 | | 昭 和 年 月 日生 平 成 | 才 | 男・女 | 2月 2日() 2月10日() | | |
| 3 | | 昭 和 年 月 日生 平 成 | 才 | 男・女 | 2月 2日() 2月10日() | | |
| 4 | | 昭 和 年 月 日生 平 成 | 才 | 男・女 | 2月 2日() 2月10日() | | |
| 5 | | 昭 和 年 月 日生 平 成 | 才 | 男・女 | 2月 2日() 2月10日() | | |
| 6 | | 昭 和 年 月 日生 平 成 | 才 | 男・女 | 2月 2日() 2月10日() | | |
| 7 | | 昭 和 年 月 日生 平 成 | 才 | 男・女 | 2月 2日() 2月10日() | | |

※全ての方に希望受付時間帯の番号を必ずご記入下さい。

上記のとおり _____ 名 申し込みます。

さわやか共済加入事業所

@6,800円 × 名 = 円

さわやか共済未加入事業所

@7,300円 × 名 = 円

| 番号 | 受付 時 間 帯 |
|----|---------------|
| ① | 8:30 ~ 8:50 |
| ② | 9:00 ~ 9:20 |
| ③ | 9:30 ~ 9:50 |
| ④ | 10:00 ~ 10:20 |
| ⑤ | 10:30 ~ 10:50 |
| ⑥ | 11:00 ~ 11:20 |

| | | | |
|--------|--|------|--|
| 事業所名 | | | |
| 住 所 | | | |
| 代表者名 | | | |
| 事業所TEL | | 担当者名 | |

(※ご記入いただいた個人情報は、当健康診断の運営管理の目的にのみ利用させていただきます。)

受診料のお支払方法 . . . (下記①または②いずれかにし点を付けてください)

☐ ①受診日当日 受付にて現金でお支払い

☐ ②受診後 指定口座へ振込み

(※2月17日金までにお振込ください。)

②「お振込」の場合の注意事項

※振り込み手数料は別途ご負担願います。 ※当所からの請求書発行は原則いたしません。

【振込先】福井銀行 敦賀支店 普通預金 0074128

(口座名義) 小規模事業指導費特別会計 敦賀商工会議所