

「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 平成 年 月 日生	才	男・女	7月17日() 7月26日()		
2		昭和 平成 年 月 日生	才	男・女	7月17日() 7月26日()		
3		昭和 平成 年 月 日生	才	男・女	7月17日() 7月26日()		
4		昭和 平成 年 月 日生	才	男・女	7月17日() 7月26日()		
5		昭和 平成 年 月 日生	才	男・女	7月17日() 7月26日()		
6		昭和 平成 年 月 日生	才	男・女	7月17日() 7月26日()		
7		昭和 平成 年 月 日生	才	男・女	7月17日() 7月26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

@7,000円 × 名 = 円
(内消費税 636円)

さわやか共済未加入事業所

@8,000円 × 名 = 円
(内消費税 727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
(※8月2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。
登録番号：T3210005006588 領収書をご希望の方はお申し出ください。
【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