敦賀商工会議所 中小企業相談所 勝田 行 FAX (0770) 24-1311

「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。)

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 年月日生 才男·女 7月17日() 7月26日() 7月17日() 7月26日() 7月17日() 7月26日()														
日				生年月日				年齢	性別		-	番号を記入	_	
### 1 日生 オ 男・女 7月17日() 7月26日() 7月2	1				年	月	日生	才	男・女	·				
### 1 日生 オ 男・女 7月17日() 7月26日() 7月2	2				年	月	日生	才	男・女	·				
# 所 名	3				年	月	日生	才	男・女	·				
上記のとおり 名申し込みます。 さわやか共済加入事業所 ② 9:00~9:20 ② 7,000円× 3 9:30~9:50 ② 9:00~10:20 ③ 9:30~9:50 ④ 10:30~10:50 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いずれかにレ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日逾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。	4				年	月	日生	才	男・女	·				
上記のとおり 名 申し込みます。 古わやか共済加入事業所	5				年	月	日生	才	男・女	·				
上記のとおり 名申し込みます。 さわやか共済加入事業所 ② 9:00~9:20 ② 7,000円× 3 9:30~9:50 ② 9:00~10:20 ③ 9:30~9:50 ④ 10:30~10:50 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いずれかにレ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日逾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。	6				年	月	日生	才	男・女	·				
(内消費税636円) ② 7,000円 × 名 = 円	7				年	月	日生	才	男・女					
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いずれかにレ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。	 さわやか共済加入事業所 ② 7,000円× 3 9:30~ ② 9:30~ ③ 9:30~ ② 10:00~ ⑤ 10:30~ ⑥ 11:00~ 											~ 8:50 ~ 9:20 ~ 9:50 ~ 10:20 ~ 10:50)))	
代表者名 担当者名 受診料のお支払方法 ・・・(下記①または②いずれかにレ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)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。														
事業所 T E L 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いずれかにレ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□座へ振込み (※8月2日逾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。													\downarrow	
(※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いずれかにレ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日逾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。												+		
□ ①受診日当日 受付にて現金でお支払い □ ②受診後 指定□座へ振込み (※8月2日逾までにお振込ください。) □ ②「お振込」の場合の注意事項 ※据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。	□ ①受診日当日 受付にて現金でお支払い □ ②受診後 指定□座へ振込み (※8月2日園までにお振込ください。)													
【振込先】福井銀行 敦賀支店 普通預金 0074128		※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												

(口座名義) 小規模事業指導費特別会計 敦賀商工会議所