

# 「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	7月14日( ) 7月19日( )		
2		昭和 年 月 日生 平成	才	男・女	7月14日( ) 7月19日( )		
3		昭和 年 月 日生 平成	才	男・女	7月14日( ) 7月19日( )		
4		昭和 年 月 日生 平成	才	男・女	7月14日( ) 7月19日( )		
5		昭和 年 月 日生 平成	才	男・女	7月14日( ) 7月19日( )		
6		昭和 年 月 日生 平成	才	男・女	7月14日( ) 7月19日( )		
7		昭和 年 月 日生 平成	才	男・女	7月14日( ) 7月19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。

さわか共済加入事業所

@7,000円 ×  名 =  円

さわか共済未加入事業所

@8,000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

(※7月24日(月)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