

**平成 30 年度生活習慣病予防健康診断申込書**

事業所名		会員番号	
事業所住所	〒		
事業所電話番号	- -		
受診者	フリガナ	性別	男 ・ 女
	氏名		
生年月日		年齢	
自宅住所	〒		
自宅電話番号	- -		
会員（含む従業員・家族）		受診料 17,000 円	

※同一事業所で複数人お申込の場合、送付物は一括送付させていただきます。

《受診希望日について》

1 日の健診者数に限りがございます。当方にて日程調整をさせていただきますので、下表に希望日を第 3 希望までご記入ください。

2 月 1 日（金）		2 月 1 8 日（月）	
2 月 4 日（月）		2 月 1 9 日（火）	
2 月 5 日（火）		2 月 2 1 日（木）	
2 月 7 日（木）		2 月 2 2 日（金）	
2 月 8 日（金）		2 月 2 5 日（月）	
2 月 1 2 日（火）		2 月 2 6 日（火）	
2 月 1 4 日（木）		2 月 2 8 日（木）	
2 月 1 5 日（金）			

※申込書が足りない場合はコピーをしてご記入ください