

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		年齢	
生年月日				
自宅住所	〒			
自宅電話番号	- -			
うきしろ共済制度加入者			受診料 12,200 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)			