

佐土原町商工会 行

申込期日 8月3日(金)

事業所名
代表者名
住所 〒 _____
連絡先 ※日中連絡がとれる 電話番号をご記入ください。
F A X

申込者数	健診内容	健診料金 1人あたり
5名まで	無し (通常健診)	4,000円
	有り	5,836円
6名以上 (6人目から)	無し (通常健診)	7,560円
	有り	9,396円

平成30年度 健康診断受診申込書

フリガナ 氏名	生年月日	性別	健診料金 いずれかの金額に○印をつけてください。			受診日 希望日に○印をつけてください。	
			大腸がん 検診	5名まで 【助成あり】	6名以上 (6人目から)		
	S . H 年 月 日	男	無	4,000円	7,560円	10月	4日(木)
		女	有	5,836円	9,396円		5日(金)
	S . H 年 月 日	男	無	4,000円	7,560円	10月	4日(木)
		女	有	5,836円	9,396円		5日(金)
	S . H 年 月 日	男	無	4,000円	7,560円	10月	4日(木)
		女	有	5,836円	9,396円		5日(金)
	S . H 年 月 日	男	無	4,000円	7,560円	10月	4日(木)
		女	有	5,836円	9,396円		5日(金)
	S . H 年 月 日	男	無	4,000円	7,560円	10月	4日(木)
		女	有	5,836円	9,396円		5日(金)
合 計			円			4日 名	
						5日 名	

※申込書の提出時にお支払いください

※用紙が不足する場合はコピーしてご使用下さい。

※必ず健診料金を添えてお申込みください。

※口座振り込みの場合は、下記をご記入のうえ、FAX(73-4975)にてお申込みください。

振込先 いずれかに○印	宮崎銀行 佐土原	宮崎太陽 佐土原	宮崎太陽 西佐土原	高信 佐土原
振込日	平成30年 月 日 ※振込期限 平成30年8月3日			
振込金額	円			

【商工会使用欄】

入金日	入金額	取扱者

円