

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

令和4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)	10月	5日(水) 6日(木)
	S . H 年 月 日	男	無	4,000円	7,560円	10月	5日(水)
		女	有	5,836円	9,396円		6日(木)
	S . H 年 月 日	男	無	4,000円	7,560円	10月	5日(水)
		女	有	5,836円	9,396円		6日(木)
	S . H 年 月 日	男	無	4,000円	7,560円	10月	5日(水)
		女	有	5,836円	9,396円		6日(木)
	S . H 年 月 日	男	無	4,000円	7,560円	10月	5日(水)
		女	有	5,836円	9,396円		6日(木)
合計				円		5日 名	
						6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	令和4年 月 日 ※振込期限 令和4年8月31日			
振込金額	円			

【商工会使用欄】

入金日	入金額	取扱者