

FAX:044-811-2836

川崎商工会議所高津支所 巡回生活習慣病健診係 行

川崎商工会議所 巡回生活習慣病健診申込書

				月	日	記入	
フリガナ						会	特
事業所名							
所在地	〒					希望 コー ス	オプション
(電話)	(FAX)	事業所 No.			希望検査項目に ○印をお願い いたします。		
受診者氏名			生年月日				
フリガナ	男	大正	年	月	日	A	肺 ・ 前
	女	昭和				・	超 ・ 骨
		平成				B	子 ・ 乳
フリガナ	男	大正	年	月	日	A	肺 ・ 前
	女	昭和				・	超 ・ 骨
		平成				B	子 ・ 乳
フリガナ	男	大正	年	月	日	A	肺 ・ 前
	女	昭和				・	超 ・ 骨
		平成				B	子 ・ 乳
フリガナ	男	大正	年	月	日	A	肺 ・ 前
	女	昭和				・	超 ・ 骨
		平成				B	子 ・ 乳
フリガナ	男	大正	年	月	日	A	肺 ・ 前
	女	昭和				・	超 ・ 骨
		平成				B	子 ・ 乳
希望	会場コード No.	会場名	希望検診日				
第1			月 日 ()				
第2			月 日 ()				
通信欄(ご質問等がありましたら、ご記入下さい)							

※会員とは年度会費を納入した方、特定商工業者とは負担金(3,500円)を納入した方、一般とは会員・特定商工業者以外の方です。
 ※頂きました個人情報につきましては第三者への漏洩なきよう厳重に管理いたしますが、実施に際しまして、川崎商工会議所、(一財)神奈川県労働衛生福祉協会、(一財)神奈川県経営者福祉振興財団、神奈川県福祉共済協同組合は、この情報を共有させて頂いておりますので、予めご了承下さい。