

安城商工会議所健康診断 受診申込書

事業所所在地	〒		
事業所名			
電話番号 F A X	() ()	担当者	

【受診機関選択】 受診を希望される機関に○をご記入下さい。（左端の「記入欄」）

記入欄	受診機関名	F A X
	三河安城クリニック 人間ドック健診センター	0566-75-7516
	アイエムクリニック・安城	0566-91-2461
	八千代病院 八千代総合健診センター	0566-98-2834

【受診申込書】

フリガナ 氏 名	性 別	生年月日	年 齢	希望する健診コースに○ を付けてください			希望するオプション を記入してください		受診希望日 第 1 希望 第 2 希望		たなばた 共済加入
				定期 健診	一般 健診	会議所 健診					
	男・女	昭和 ・ 平成 年 月 日									有 ・ 無
	男・女	昭和 ・ 平成 年 月 日									有 ・ 無
	男・女	昭和 ・ 平成 年 月 日									有 ・ 無
	男・女	昭和 ・ 平成 年 月 日									有 ・ 無
	男・女	昭和 ・ 平成 年 月 日									有 ・ 無
	男・女	昭和 ・ 平成 年 月 日									有 ・ 無
	男・女	昭和 ・ 平成 年 月 日									有 ・ 無
	男・女	昭和 ・ 平成 年 月 日									有 ・ 無

備考

ご記入いただいた情報は、安城商工会議所健康診断事業の調査・分析に利用し、健診機関と情報共有するほか、たなばた共済 助成金支給のため利用いたします。（情報の利用に同意されない場合、たなばた共済の助成金はお支払いできません）	情報の利用に 同意する ・ 同意しない （○を付してください）
--	---------------------------------------

【注意】 ① 申込欄が不足の場合はコピーして下さい。 ② 健診機関の混雑状況によってご希望日に受診できないことがあります。