

安城商工会議所健康診断 受診申込書

事業所名				安城商工会議所の 会 員 ・ 非会員 (○をつけてください)
事業所所在地	〒			
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
	アイエムクリニック・安城	0 5 6 6 - 9 1 - 2 4 6 1
	安城更生病院 予防医療センター	0 5 6 6 - 7 5 - 3 3 2 7
	三河安城クリニック 人間ドック健診センター	0 5 6 6 - 7 5 - 7 5 1 6
	八千代病院 八千代総合健診センター	0 5 6 6 - 9 8 - 2 8 3 4

【受診申込書】 ※受診会場は受診機関が三河安城クリニックの方のみご選択ください。

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		受診会場	たなばた 共済加入
				定期 健診	一般 健診	会議所 健診		第一 希望	第二 希望		
	男・女	昭和 ・ 平成 年 月 日		定期 健診	一般 健診	会議所 健診				健診機関 ・ 会議所	有・無
	男・女	昭和 ・ 平成 年 月 日		定期 健診	一般 健診	会議所 健診				健診機関 ・ 会議所	有・無
	男・女	昭和 ・ 平成 年 月 日		定期 健診	一般 健診	会議所 健診				健診機関 ・ 会議所	有・無
	男・女	昭和 ・ 平成 年 月 日		定期 健診	一般 健診	会議所 健診				健診機関 ・ 会議所	有・無
	男・女	昭和 ・ 平成 年 月 日		定期 健診	一般 健診	会議所 健診				健診機関 ・ 会議所	有・無
	男・女	昭和 ・ 平成 年 月 日		定期 健診	一般 健診	会議所 健診				健診機関 ・ 会議所	有・無
	男・女	昭和 ・ 平成 年 月 日		定期 健診	一般 健診	会議所 健診				健診機関 ・ 会議所	有・無

備考

ご記入いただいた情報は、安城商工会議所共済事業の分析・推進に利用し、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 (○をつけてください)
--	---------------------------------------

【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。③安城商工会議所の会員でない場合、金額が変更する場合があります。