

健康診断申込書

受付番号

申込締切日：令和7年8月8日(金)【必着】

申込年月日：令和7年 月 日

記入例

郵便番号	〒	-	
所在地(送り先)			
事業所名カナ			
事業所名			
電話番号	()	-	
FAX番号	()	-	
ご担当者名	様 ※郵送物は記載の所在地(送り先)に郵送いたします。		

※ AMの受診は、胃部検査(②.生活習慣病)の方を優先しますので、ご理解・ご協力をお願いいたします。

※ シフト(受診日)の確定は9月中旬～下旬頃になります。

※ 指定された時間以外にお越しになってもすぐに受診できませんので、必ず指定された時間にお越しください。

※ 胃部検査(②.生活習慣病)について、受診希望者が極端に少ない日があれば、日の変更をお願いする場合があります。

※ 項目番号は必ず下記の健診番号をご記入ください。

②生活習慣病は 10/20、10/31、11/18、

11/19 の日程よりお選びください

①定健A(¥8,900) ②生活習慣病(¥15,600) ③生活習慣病胃部X線なし(¥9,800) ④大腸がん検査(¥1,520) ※税込み

No.	(フリガナ) 氏名	性別	生年月日	希望日順に①～③の 記入をお願い致します			AM・PM・希望なし ご希望に添えない場合 がございましたら(※AMは 胃部検査の方優先)	希望時間があればご 記入ください(※AMは 胃部検査の方優先)	項目番号 ①～④
1	ショウコウ カイタ 商工 会太	男 女 ○	(西暦でご記入ください) 1980 年 5 月 5 日	10月 3 20 31	11月 17 18 19	AM PM	希望無し ○	14:00	③④
2	ショウコウ カイミ 商工 会美	男 女 ○	(西暦でご記入ください) 1991 年 3 月 3 日	10月 3 20 31	11月 17 18 19	AM PM	希望無し ○		①
3		男 女	(西暦でご記入ください) 年 月 日	10月 3 20 31	11月 17 18 19	AM PM	希望無し		
4		男 女	(西暦でご記入ください) 年 月 日	10月 3 20 31	11月 17 18 19	AM PM	希望無し		
5		男 女	(西暦でご記入ください) 年 月 日	10月 3 20 31	11月 17 18 19	AM PM	希望無し		
6		男 女	(西暦でご記入ください) 年 月 日	10月 3 20 31	11月 17 18 19	AM PM	希望無し		
7		男 女	(西暦でご記入ください) 年 月 日	10月 3 20 31	11月 17 18 19	AM PM	希望無し		
8		男 女	(西暦でご記入ください) 年 月 日	10月 3 20 31	11月 17 18 19	AM PM	希望無し		
9		男 女	(西暦でご記入ください) 年 月 日	10月 3 20 31	11月 17 18 19	AM PM	希望無し		
10		男 女	(西暦でご記入ください) 年 月 日	10月 3 20 31	11月 17 18 19	AM PM	希望無し		

※ 10/3 10/20 10/31 は健診会場がウイングプラザ4階研修室になります。

上記の他、日程の調整に関して特記事項のある場合、右欄に記入をお願いします。ただし、先着優先かつご希望に添えない場合があります。

※ここに掲載いただいたものは健康診断のみの使用とし他では一切使用いたしません。

<お申込み先> 栗東市商工会

FAX 077-553-5263

〒520-3047

栗東市手原3-1-25

TEL 077-552-0661

シフト(受診日)決定後、お申し込み頂いた内容に変更が生じた場合は、直接近畿健康管理センターまでご連絡をお願いいたします。なお、ご連絡の際に「栗東市商工会の健診事業」とお伝えください。

一般財団法人近畿健康管理センター TEL:077(551)0500(代)