

令和2年度 商工会健康診断申込書

お申し込みの際には、太枠内に漏れなく
ご記入いただきますようお願い致します。

申込締切:9月30日(水)

[事業所名・代表者名]			
[住所]			
[TEL/FAX番号]	TEL	FAX	

健診料 <全年齢対象>	@9,000円	名	円
前立腺がん検査	@3,000円	名	円
合計			円
【健診料】 ・口座振替 ↓会費振替の金融機関名に○をして下さい (京都・南都・中信・京信・JA) ・振込(月日予定)			

恐れ入りますが、商工会と中央病院の
2ヶ所へFAX送信願います。

- ①京田辺市商工会
FAX0774-62-3926
②田辺中央病院健康管理センター
FAX0774-63-2803

団体コード	332	細分コード	
健診日連絡			
担当者		入力者	
決定日	I D		チェック欄

	氏名 フリガナ	性別	生年月日	健診機関	前立腺 がん検診 3,000円	健診希望日			
						第1希望		第2希望	
①		男 ・ 女	昭・平 _____ 年 _____ 月 _____ 日		有・無	午前	午後	午前	午後
						月 日	月 日	月 日	月 日
②		男 ・ 女	昭・平 _____ 年 _____ 月 _____ 日		有・無	午前	午後	午前	午後
						月 日	月 日	月 日	月 日
③		男 ・ 女	昭・平 _____ 年 _____ 月 _____ 日		有・無	午前	午後	午前	午後
						月 日	月 日	月 日	月 日
④		男 ・ 女	昭・平 _____ 年 _____ 月 _____ 日		有・無	午前	午後	午前	午後
						月 日	月 日	月 日	月 日
⑤		男 ・ 女	昭・平 _____ 年 _____ 月 _____ 日		有・無	午前	午後・夜間	午前	午後
						月 日	月 日	月 日	月 日
⑥		男 ・ 女	昭・平 _____ 年 _____ 月 _____ 日		有・無	午前	午後	午前	午後
						月 日	月 日	月 日	月 日
⑦		男 ・ 女	昭・平 _____ 年 _____ 月 _____ 日		有・無	午前	午後	午前	午後
						月 日	月 日	月 日	月 日
⑧		男 ・ 女	昭・平 _____ 年 _____ 月 _____ 日		有・無	午前	午後	午前	午後
						月 日	月 日	月 日	月 日
⑨		男 ・ 女	昭・平 _____ 年 _____ 月 _____ 日		有・無	午前	午後	午前	午後
						月 日	月 日	月 日	月 日

	フリ ガナ 名	性別	生年月日	健診機関	前立腺 がん検診 3,000円	健診希望日				決定日	I D	チェック欄
						第1希望		第2希望				
⑩		男 ・ 女	昭・平 年 月 日		有・無	午前	午後	午前	午後			
⑪		男 ・ 女	昭・平 年 月 日			月 日	月 日	月 日	月 日			
⑫		男 ・ 女	昭・平 年 月 日		有・無	午前	午後	午前	午後			
⑬		男 ・ 女	昭・平 年 月 日			月 日	月 日	月 日	月 日			
⑭		男 ・ 女	昭・平 年 月 日		有・無	午前	午後・夜間	午前	午後			
⑮		男 ・ 女	昭・平 年 月 日			月 日	月 日	月 日	月 日			
⑯		男 ・ 女	昭・平 年 月 日		有・無	午前	午後	午前	午後			
⑰		男 ・ 女	昭・平 年 月 日			月 日	月 日	月 日	月 日			
⑱		男 ・ 女	昭・平 年 月 日		有・無	午前	午後	午前	午後			
⑲		男 ・ 女	昭・平 年 月 日			月 日	月 日	月 日	月 日			
⑳		男 ・ 女	昭・平 年 月 日		有・無	午前	午後	午前	午後			
						月 日	月 日	月 日	月 日			