

会員・非会員

令和6年度秋期 大和商工会議所
定期健診・生活習慣病健診申込書

お問い合わせ・申込先

TEL 046-263-9111

FAX 046-264-0391

事業所名 _____

住 所 _____

T E L _____ F A X _____

ご担当者名 _____

令和6年 月 日

当日支払いでインボイス対応領収書が必要な場合は必ず下記事項をご記入ください

支払い方法をお選び下さい

当日支払い・後日請求

領収書宛名(会社名)	
ご担当者名	
ご担当者メールアドレス	

※ 該当箇所に○印をお付け下さい。

受付時間 〈生活習慣病健診〉8:30、9:00、9:30、10:00、〈定期健診〉10:00、10:30、11:00、13:15、13:45、14:15、14:45 からお選び下さい。

(フリガナ) 氏 名	生年月日	年齢	性別	健 診 コ ー ス	オプション	健診希望日時	特 殊 検 診	そ の 他 希望項目
S・H 年 月 日			男 ・ 女	生活習慣病健診 (胃部X線/有・無) 定期健診	大・肺・超・ PSA(男性のみ) 子・乳・甲・骨	月 日() :	有機溶剤(取扱物質名:) じん肺・アスベスト その他()	
S・H 年 月 日			男 ・ 女	生活習慣病健診 (胃部X線/有・無) 定期健診	大・肺・超・ PSA(男性のみ) 子・乳・甲・骨	月 日() :	有機溶剤(取扱物質名:) じん肺・アスベスト その他()	
S・H 年 月 日			男 ・ 女	生活習慣病健診 (胃部X線/有・無) 定期健診	大・肺・超・ PSA(男性のみ) 子・乳・甲・骨	月 日() :	有機溶剤(取扱物質名:) じん肺・アスベスト その他()	
S・H 年 月 日			男 ・ 女	生活習慣病健診 (胃部X線/有・無) 定期健診	大・肺・超・ PSA(男性のみ) 子・乳・甲・骨	月 日() :	有機溶剤(取扱物質名:) じん肺・アスベスト その他()	
S・H 年 月 日			男 ・ 女	生活習慣病健診 (胃部X線/有・無) 定期健診	大・肺・超・ PSA(男性のみ) 子・乳・甲・骨	月 日() :	有機溶剤(取扱物質名:) じん肺・アスベスト その他()	
S・H 年 月 日			男 ・ 女	生活習慣病健診 (胃部X線/有・無) 定期健診	大・肺・超・ PSA(男性のみ) 子・乳・甲・骨	月 日() :	有機溶剤(取扱物質名:) じん肺・アスベスト その他()	

※お申込者欄が不足の場合はコピー又は別紙に必要事項を記入してお申込み下さい。

※メールでのお申込みの際は、件名に「(事業所名):秋期定期健診申込」と明記して下さい。

※健診会場:(一財)神奈川県労働衛生福祉協会 大和市大和東3-10-18 電話046(262)8155