

2019年 月 日

## 生活習慣病健診申込書

岡山商工会議所 御中

フリガナ 貴社名	フリガナ ご担当者
貴社所在地	
TEL (      )	FAX (      )

	定期健診A	生活習慣病健診B	オプションE・F・H	オプションG・I	合計
申込人数	名	名	名	名	
健診料(税込)	円	円	円	円	円

No.	フリガナ 受診者名	性別	年齢	希望コース	オプション	備考
	(○で囲んでください)					
1		男・女	歳	A・B	E・F・G H・I	
2		男・女	歳	A・B	E・F・G H・I	
3		男・女	歳	A・B	E・F・G H・I	
4		男・女	歳	A・B	E・F・G H・I	
5		男・女	歳	A・B	E・F・G H・I	
6		男・女	歳	A・B	E・F・G H・I	
7		男・女	歳	A・B	E・F・G H・I	
8		男・女	歳	A・B	E・F・G H・I	
9		男・女	歳	A・B	E・F・G H・I	
10		男・女	歳	A・B	E・F・G H・I	

○健診料金お支払い方法 (どちらかに✓をお付けください)

銀行振込      振込先: みずほ銀行 船場支店 普通預金 1954744

当日お支払い      口座名: 一般財団法人日本健康増進財団

※健診料金のお支払いは、できるだけ銀行振込でお願いいたします。受付処理時間短縮のため、ご協力をお願いいたします。

◆上記の情報は、受診票の作成・送付、健診結果報告とそれに伴う統計・分析、翌年の継続的受診案内などに使用し、それ以外に使用することはありません。

一般財団法人 日本健康増進財団 〒541-0056 大阪市中央区久太郎町2-5-31

TEL 06-6244-2231

**FAX**

**06-6244-2241**

※受付日	月	日	番号	
------	---	---	----	--