

八尾市内提携病院で受診する定期健康診断 申込書

① ご希望の病院にチェックをつけてください。

記入日： 年 月 日

受診希望一覧		<input type="checkbox"/> 八尾徳洲会総合病院	<input type="checkbox"/> 医真会総合クリニック	<input type="checkbox"/> 東朋八尾病院
受診料 (会員料金) ・税込	定期健康診断	8,000 円		
	大腸がん検査	1,620 円		
	特殊健康診断	※各病院により異なります。別途お問い合わせください。		

② 事業所についての項目をご記入ください。

事業所名				
所在地	〒 -			
TEL		FAX		
メール	@		(八尾商工会議所メールマガジン <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要)	
申込担当者	部署・役職		氏名	

③ ご希望の項目にチェックをつけ、受診希望日・受診者についての項目をご記入ください。

受診希望日	第1希望日	月	日 ()	第2希望日	月	日 ()
希望健診	ふりがな		生年月日		年齢	性別
	氏名					
<input type="checkbox"/> 定期健康診断 <input type="checkbox"/> オプション検査 ()			昭和 平成	年 月 日	才	男・女
<input type="checkbox"/> 定期健康診断 <input type="checkbox"/> オプション検査 ()			昭和 平成	年 月 日	才	男・女
<input type="checkbox"/> 定期健康診断 <input type="checkbox"/> オプション検査 ()			昭和 平成	年 月 日	才	男・女
<input type="checkbox"/> 定期健康診断 <input type="checkbox"/> オプション検査 ()			昭和 平成	年 月 日	才	男・女
<input type="checkbox"/> 定期健康診断 <input type="checkbox"/> オプション検査 ()			昭和 平成	年 月 日	才	男・女
<input type="checkbox"/> 定期健康診断 <input type="checkbox"/> オプション検査 ()			昭和 平成	年 月 日	才	男・女

※お申込みいただいた希望日に受診できない場合もございますので、予めご了承ください。
 ※ご記入いただいた個人情報は、当事業運営に必要な範囲で利用させていただきます。
 また、八尾商工会議所からの各種連絡・情報提供のために利用することがあります。