※ご記入いただいた情報は、福山商工会議所と各健診機関の連絡・情報提供のために使用することがあります。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N0. | お　　名　　前 | 性別 | 生年月日 | コース | | オプション | 希望月 | 福の山共済 |
| １ | フリガナ | 男・女 | 昭和・平成　　　　　　年　　月　　日 | Ａ | Ｂ | 胃・大腸・乳・子宮・前立腺肝炎(HBs)･肝炎(HCV)･眼底 |  | 加　入未加入 |
| ２ | フリガナ | 男・女 | 昭和・平成　　　　　　年　　月　　日 | Ａ | Ｂ | 胃・大腸・乳・子宮・前立腺肝炎(HBs)･肝炎(HCV)･眼底 |  | 加　入未加入 |
| ３ | フリガナ | 男・女 | 昭和・平成　　　　　　年　　月　　日 | Ａ | Ｂ | 胃・大腸・乳・子宮・前立腺肝炎(HBs)･肝炎(HCV)･眼底 |  | 加　入未加入 |
| ４ | フリガナ | 男・女 | 昭和・平成　　　　　　年　　月　　日 | Ａ | Ｂ | 胃・大腸・乳・子宮・前立腺肝炎(HBs)･肝炎(HCV)･眼底 |  | 加　入未加入 |
| ５ | フリガナ | 男・女 | 昭和・平成　　　　　　年　　月　　日 | Ａ | Ｂ | 胃・大腸・乳・子宮・前立腺肝炎(HBs)･肝炎(HCV)･眼底 |  | 加　入未加入 |
| ６ | フリガナ | 男・女 | 昭和・平成　　　　　　年　　月　　日 | Ａ | Ｂ | 胃・大腸・乳・子宮・前立腺肝炎(HBs)･肝炎(HCV)･眼底 |  | 加　入未加入 |
| ７ | フリガナ | 男・女 | 昭和・平成　　　　　　年　　月　　日 | Ａ | Ｂ | 胃・大腸・乳・子宮・前立腺肝炎(HBs)･肝炎(HCV)･眼底 |  | 加　入未加入 |
| ８ | フリガナ | 男・女 | 昭和・平成　　　　　　年　　月　　日 | Ａ | Ｂ | 胃・大腸・乳・子宮・前立腺肝炎(HBs)･肝炎(HCV)･眼底 |  | 加　入未加入 |
| ９ | フリガナ | 男・女 | 昭和・平成　　　　　　年　　月　　日 | Ａ | Ｂ | 胃・大腸・乳・子宮・前立腺肝炎(HBs)･肝炎(HCV)･眼底 |  | 加　入未加入 |
| 10 | フリガナ | 男・女 | 昭和・平成　　　　　　年　　月　　日 | Ａ | Ｂ | 胃・大腸・乳・子宮・前立腺肝炎(HBs)･肝炎(HCV)･眼底 |  | 加　入未加入 |

FＡＸ ０８４－９２２－０１００ 福山商工会議所　会員課行

　　　　　　令和６年度　健康診断サービス(通年型)申込書

※太枠線内をご記入ください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 |  | | | 受付N0. |
| 所　在　地 |  | | |  |
| Ｔ　Ｅ　Ｌ |  | Ｆ　Ａ　Ｘ |  |
| 担当者名 |  | 部　署　名 |  |
|  | | | | |

希望受診機関

いずれかに○をしてください

中国労働衛生協会　・　福山検診所　・　福山市医師会

※後日、健診機関より日程調整の連絡をさせていただきます。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(該当項目に○を付けてください)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 会議所記入欄 | 事業所コード： | 受付日： | 担当者： |

