

## 「経営者・従業員」の健康診断申込書

	フリガナ	生年月日	年齢	性別	受診希望日 ( )内に○印下さい
	氏名				
1		昭和 平成 年 月 日生	才	男・女	7月20日( ) 7月25日( )
2		昭和 平成 年 月 日生	才	男・女	7月20日( ) 7月25日( )
3		昭和 平成 年 月 日生	才	男・女	7月20日( ) 7月25日( )
4		昭和 平成 年 月 日生	才	男・女	7月20日( ) 7月25日( )
5		昭和 平成 年 月 日生	才	男・女	7月20日( ) 7月25日( )
6		昭和 平成 年 月 日生	才	男・女	7月20日( ) 7月25日( )
7		昭和 平成 年 月 日生	才	男・女	7月20日( ) 7月25日( )
8		昭和 平成 年 月 日生	才	男・女	7月20日( ) 7月25日( )
9		昭和 平成 年 月 日生	才	男・女	7月20日( ) 7月25日( )
10		昭和 平成 年 月 日生	才	男・女	7月20日( ) 7月25日( )

上記のとおり \_\_\_\_\_ 名 申し込みます。

さわやか共済  
加入事業所

@6,700円 ×  名 =  円

さわやか共済  
未加入事業所

@7,200円 ×  名 =  円



事業所名 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

代表者名 \_\_\_\_\_

T E L \_\_\_\_\_