

## 【長浜商工会議所 健康診断申込書】

申込年月日:            年    月    日

一般財団法人 滋賀保健研究センター 大川 宛  
 FAX:077-500-3060    TEL:077-587-3588

①貴社情報をご記入ください。

・所在地    〒

(フリガナ)

・事業所名

・電話番号

(フリガナ)

・担当者名

②健診希望日時に人数をご記入ください。

	5月12日(火)	7月21日(火)	9月15日(火)	11月17日(火)	1月19日(火)	3月16日(火)
午前 (9:00 ~ 11:00)						
午後 (13:00 ~ 15:00)	/					

フリガナ 氏名	生年月日	性別	受診項目	※協会けんぽ
例    ナガハマ タロウ	昭和    平成	男	定期健診	保険者番号 ( 01250018 )
長浜 太郎	60年 1月 1日	女	協会けんぽ	記号 ( 12345678 ) 番号 ( 2 )
1	昭和    平成	男	定期健診	保険者番号 (            )
	年 月 日	女	協会けんぽ	記号 (            ) 番号 (            )
2	昭和    平成	男	定期健診	保険者番号 (            )
	年 月 日	女	協会けんぽ	記号 (            ) 番号 (            )
3	昭和    平成	男	定期健診	保険者番号 (            )
	年 月 日	女	協会けんぽ	記号 (            ) 番号 (            )
4	昭和    平成	男	定期健診	保険者番号 (            )
	年 月 日	女	協会けんぽ	記号 (            ) 番号 (            )
5	昭和    平成	男	定期健診	保険者番号 (            )
	年 月 日	女	協会けんぽ	記号 (            ) 番号 (            )