

健診機関：医療法人社団ヤマナ会 広島生活習慣病・がん健診センター大野

受診場所／広島生活習慣病・がん健診センター大野

廿日市市大野早時3406-5 TEL 0829-56-5505

| | | | |
|------|-----|-------|-------|
| フリガナ | | TEL | () - |
| 事業社名 | | FAX | () - |
| 所在地 | 〒 - | フリガナ | |
| | | 申込担当者 | |

●下記のとおり健診を申し込みます。

(※○で囲んで下さい。)

| No | フリガナ 健診申込者名 | 性別 | 協会 健保 | 生年月日 | 希望コース | オプション | 健診希望日 | |
|----|----------------|-----|------------|----------------|------------|----------------------------|-------|---|
| | | | | | | | 1 | 2 |
| 1 | | 男・女 | 加入・ 未加入 | T・S・H 年 月 日 | A・B C・D | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | / | / |
| 2 | | 男・女 | 加入・ 未加入 | T・S・H 年 月 日 | A・B C・D | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | / | / |
| 3 | | 男・女 | 加入・ 未加入 | T・S・H 年 月 日 | A・B C・D | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | / | / |
| 4 | | 男・女 | 加入・ 未加入 | T・S・H 年 月 日 | A・B C・D | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | / | / |
| 5 | | 男・女 | 加入・ 未加入 | T・S・H 年 月 日 | A・B C・D | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | / | / |
| 6 | | 男・女 | 加入・ 未加入 | T・S・H 年 月 日 | A・B C・D | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | / | / |
| 7 | | 男・女 | 加入・ 未加入 | T・S・H 年 月 日 | A・B C・D | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | / | / |
| 8 | | 男・女 | 加入・ 未加入 | T・S・H 年 月 日 | A・B C・D | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | / | / |
| 9 | | 男・女 | 加入・ 未加入 | T・S・H 年 月 日 | A・B C・D | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | / | / |
| 10 | | 男・女 | 加入・ 未加入 | T・S・H 年 月 日 | A・B C・D | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | / | / |

**Aコースを受診希望の方で、協会健保にご加入の際は、
事前に廿日市商工会議所までご相談ください。**

支払方法

当日支払希望 ・ 振込希望

●必要事項にご記入又は○をお付けください。

●Dコースご希望の場合は、宿泊ホテルは安芸グランドホテルとなります。

●申込書が足りない場合は、コピーをおとりになりご記入ください。

●本申込書にご記入いただいた情報は、健診機関への申込・健診機関からの受診に係る連絡のために利用いたします。