**国民健康保険加入者用**

**健康診断受診申込書**

このたび実施される会員健康診断に申し込みます。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **所在地** |  | | |
|  |  | | |
|  |  | | |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受　診　者　票 | | | | | |
| １ | ( ﾌ ﾘ ｶﾞ ﾅ ) |  | 性 別 | 生 年 月 日 | |
| 受診者氏名 |  | 男 ・ 女 |  | |
| 住　　所 | (TEL) | | | 希望のコース |
| １ ・ ２ ・ ３ |
| 希望  日時 | 第1希望　：　　月　　　日（　　　）　　　　時　　　分　～  第2希望　：　　月　　　日（　　　）　　　　時　　　分　～  第3希望　：　　月　　　日（　　　）　　　　時　　　分　～ | | | |
| ２ | ( ﾌ ﾘ ｶﾞ ﾅ ) |  | 性 別 | 生 年 月 日 | |
| 受診者氏名 |  | 男 ・ 女 |  | |
| 住　　所 | (TEL) | | | 希望のコース |
| １ ・ ２ ・ ３ |
| 希望  日時 | 第1希望　：　　月　　　日（　　　）　　　　時　　　分　～  第2希望　：　　月　　　日（　　　）　　　　時　　　分　～  第3希望　：　　月　　　日（　　　）　　　　時　　　分　～ | | | |
| ３ | ( ﾌ ﾘ ｶﾞ ﾅ ) |  | 性 別 | 生 年 月 日 | |
| 受診者氏名 |  | 男 ・ 女 |  | |
| 住　　所 | (TEL) | | | 希望のコース |
| １ ・ ２ ・ ３ |
| 希望  日時 | 第1希望　：　　月　　　日（　　　）　　　　時　　　分　～  第2希望　：　　月　　　日（　　　）　　　　時　　　分　～  第3希望　：　　月　　　日（　　　）　　　　時　　　分　～ | | | |

（記入欄が足りない場合はコピーして下さい。）　　　　　　亀岡商工会議所　FAX２５－１２００

**注：お申し込みは、受診希望日の５日前(土日祝除く)までにお願いします。**