

平成23年春 生活習慣病検診申込書

★申込書に必要事項を記入し、郵送又はFAXにてお申込みください。受付後にFAXまたはお電話にて受付した旨のご連絡をいたします。

申込先：〒238-8585 横須賀市平成町2-14-4 横須賀商工会議所 まちづくり支援課
FAX：046-823-0401

★すべて記入または該当するものに○をしてください。

★希望コース・検診日は必ず記入してください。用紙が足りない場合は、お手数ですが、コピーでご対応ください。

★割引制度の有無・・・当所生命共済加入の方又は福祉振興財団の発行するグリーンカードをお持ちの方は、各欄に◎を付けてください。

フリガナ								
事業所名								
所在地	〒 ー							
担当者名		区分	会 員 ・ 特商青会員 ・ 一 般					
電 話	()	FAX	()					
受診者氏名		生年月日	基本コース	オプション	希望検診日		コスモス	福祉財団
フリガナ	妊 喘 平 職	年 月 日	A・B	乳・前・超	第1	第2		
男 女								
フリガナ	妊 喘 平 職	年 月 日	A・B	乳・前・超	第1	第2		
男 女								
フリガナ	妊 喘 平 職	年 月 日	A・B	乳・前・超	第1	第2		
男 女								
フリガナ	妊 喘 平 職	年 月 日	A・B	乳・前・超	第1	第2		
男 女								

●ご記入いただいた個人情報は、本事業の運営管理のみに利用させていただきます。

●電話番号は、日中に連絡のとれる番号をご記入ください。