従業員定期健康診断申込書

鶴ヶ島市商工会 行

受付時間(午前)
① 8:30～ 9:10
② 9:15～ 9:45
③ 9:50～10:20
④10:25～10:55
⑤11:00～11:30

受付時間(午後)
⑥13:00～13:30
⑦13:35～14:05
⑧14:10～14:40
⑨14:45～15:15

令和5年　　月　　日

〒
住　所
事業所名
代表者名
電話番号

◆申込 男性　　名・女性　　名＝計　　名　◆検診料11，000円×　　名＝　　円

No.	フリガナ 受 診 者 名	生年月日	性別○印		受診希望日に希望受付時間の番号を**鉛筆**でご記入ください。					
			男	女	6月22日	6月22日	6月23日	6月23日	6月26日	6月26日
					午前	午後	午前	午後	午前	午後
1		S H　・　・								
2		S H　・　・								
3		S H　・　・								
4		S H　・　・								
5		S H　・　・								
6		S H　・　・								
7		S H　・　・								
8		S H　・　・								
9		S H　・　・								
10		S H　・　・								
11		S H　・　・								
12		S H　・　・								
13		S H　・　・								
14		S H　・　・								
15		S H　・　・								

商工会記入欄	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
6月22日 木									
6月23日 金									
6月26日 月									