

# 一 般 ・ 定 期 ( 省 略 型 ) 健 診 用 申 込 書

下記の通り、申し込みます。

平成      年      月      日

法人会特別 会員価格	一般・・・8,000円 定期・・・3,000円
---------------	----------------------------

住 所 \_\_\_\_\_

会 員 法 人 名 \_\_\_\_\_

電 話 番 号 \_\_\_\_\_ 担 当 者 \_\_\_\_\_

FAX 番 号 \_\_\_\_\_

e-mail アドレス \_\_\_\_\_

**確認★下記申込者は全て当社に勤務しています。**

受付番号	一般・定期 どちらかに○ 印	フリガナ 氏 名	性別	生年月日				備考
				大	年	月	日	
1	一般		男	大	年	月	日	受信希望日
	定期		女	昭				
2	一般		男	大	年	月	日	受信希望日
	定期		女	昭				
3	一般		男	大	年	月	日	受信希望日
	定期		女	昭				
4	一般		男	大	年	月	日	受信希望日
	定期		女	昭				
5	一般		男	大	年	月	日	受信希望日
	定期		女	昭				
6	一般		男	大	年	月	日	受信希望日
	定期		女	昭				
7	一般		男	大	年	月	日	受信希望日
	定期		女	昭				
8	一般		男	大	年	月	日	受信希望日
	定期		女	昭				
9	一般		男	大	年	月	日	受信希望日
	定期		女	昭				
10	一般		男	大	年	月	日	受信希望日
	定期		女	昭				

記入上の注意 ①受診内容②性別③生年月日など、該当事項を記入又は○で囲んで下さい。

(社)長井法人会 行      FAX 88-3823      e-mail nagai-ho@e.jan.ne.jp