

ハートフル健康測定申込書(令和7年度)

フリガナ		性別	生年月日	希望コースを ○で囲んでください	オプション希望の方は 希望コース番号を ○で囲んでください	受診希望日時
姓	名					
		男	S・H	・Aコース(内藤クリニック) ・Bコース(") ・Cコース(新古賀クリニック) ・Dコース(") ・Eコース(楠病院) ・Fコース(")	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34	月 日
		女	年 月 日			
		男	S・H	・Aコース(内藤クリニック) ・Bコース(") ・Cコース(新古賀クリニック) ・Dコース(") ・Eコース(楠病院) ・Fコース(")	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34	月 日
		女	年 月 日			
		男	S・H	・Aコース(内藤クリニック) ・Bコース(") ・Cコース(新古賀クリニック) ・Dコース(") ・Eコース(楠病院) ・Fコース(")	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34	月 日
		女	年 月 日			
		男	S・H	・Aコース(内藤クリニック) ・Bコース(") ・Cコース(新古賀クリニック) ・Dコース(") ・Eコース(楠病院) ・Fコース(")	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34	月 日
		女	年 月 日			
		男	S・H	・Aコース(内藤クリニック) ・Bコース(") ・Cコース(新古賀クリニック) ・Dコース(") ・Eコース(楠病院) ・Fコース(")	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34	月 日
		女	年 月 日			

※用紙が不足の場合は、お手数ですが申込書をコピーしてください。
 ※受診希望日時をご記入ください。但し、受診希望日時につきましては申込状況により調整させていただくことがありますのでご了承ください。
 ※受診日、健診内容、オプション内容詳細については、別紙チラシをご覧ください。
 ※受診料、オプション料金については、別紙チラシをご覧ください。
 ※お申込後、御社の受診料については、各病院よりご連絡させていただきます。

事業所名 ご担当者名

住 所

TEL FAX

上記に必要事項をご記入の上、FAXまたは郵送でお申込みください。
 〒830-0022 久留米市城南町15-5 久留米商工会議所 会員サービス課
 ハートフル健康測定 担当:中島
 FAX 0942-33-0933 TEL 0942-33-0215

会議所会員 有 ・ 無 会議所生命共済制度加入 有 ・ 無