

*料金（消費税含む）は健診当日のお支払いになります。
 *お申込みはこちらの健診申込書をFAX、または郵便にてご送付下さい。

鎌倉商工会議所 健診係 行 FAX : 0467 (25) 0900	<h1 style="margin: 0;">健 診 申 込 書</h1>	★申し込み締切日 8月9日(金) (各日定員になり次第受付締切)
---	---------------------------------------	---

事業所名				電 話			
所在地	〒 -			F A X			
				担当者名			
受診者氏名	性別	生年月日	種 類	受診希望日 9 月			
			オプション	鎌倉商工会議所			
フリガナ	男・女	昭和 平成	年 月 日	コース A・B・C	10日(火)	11日(水)	12日(木)
				オプション 1・2・3			
フリガナ	男・女	昭和 平成	年 月 日	コース A・B・C	10日(火)	11日(水)	12日(木)
				オプション 1・2・3			
フリガナ	男・女	昭和 平成	年 月 日	コース A・B・C	10日(火)	11日(水)	12日(木)
				オプション 1・2・3			
フリガナ	男・女	昭和 平成	年 月 日	コース A・B・C	10日(火)	11日(水)	12日(木)
				オプション 1・2・3			
フリガナ	男・女	昭和 平成	年 月 日	コース A・B・C	10日(火)	11日(水)	12日(木)
				オプション 1・2・3			

※希望コース・健診日は必ずご記入下さい。
 用紙が足りない場合は、お手数ですが、コピーでご対応下さい。

※健診受付時間は男性・女性別に分けさせていただきます。