

\*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。  
 \*消費税増税に伴い料金改定となっております。

鎌倉商工会議所 健診係 行  
 FAX：0467（25）0900

# 健 診 申 込 書

★申し込み締切日 8月17日(月)  
 (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	コース	受診希望日 9月	
				オプション	神奈川県労働衛生福祉協会 大和健診事業部	
フリガナ	男・女	昭和 平成	年 月 日	コース A・B・C	16日(水)	17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	16日(水)	17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	16日(水)	17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	16日(水)	17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	16日(水)	17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。

AM：C健診 PM：A・B健診