

「がんドック・脳ドック」健診申込書

(鹿児島商工会議所 企業支援課宛 FAX099-227-1977)

フリガナ					
事業所名	(担当者名)				
所在地	〒				
電話番号	()				
FAX番号	()				
フリガナ		性別	男 ・ 女		
受診者名					
受診者連絡先(携帯電話等)	()				
受診希望日	第1希望日	平成	年	月	日
	第2希望日	平成	年	月	日
受診希望コース	※希望するコースを○印で囲んでください。 1. がんドック(PET/CTドックコース) 2. 脳ドック (Aコース) 3. 脳ドック (Bコース)				
生命共済への加入	1. 加入している 2. 加入していない				

※ご記入いただいた情報は、今後の「がんドック・脳ドック健診」のご案内や商工会議所の各種事業のご案内に利用させていただくことがあります。