

会場健診申込書 記入例

お申込日 2024年 5月 1日

一般財団法人 神奈川県労働衛生福祉協会 行
(FAX : 046-262-9511)

事業所名	株式会社福祉協会	
所在地	〒 123-4567 神奈川県〇〇市〇〇区〇〇町〇-〇	
電話番号	123 (4567) 8910	
担当者名	総務部 〇〇	
全国健康 保険協会の 支部名	神奈川	支部

※太枠内の記載をお願いいたします。

対象者名簿

	健康保険証の 記号	健康保険証の 番号	フリガナ 氏名	性別	生年月日 (西暦)	希望会場 (日程表よりお選びください)	備考
①	12345678	10	フクシ タロウ	男	1986年 6月 13日	6月 10日 (月)	
			福祉 太郎	女		会場名 労働衛生福祉協会	
②	12345678	11	エイセイ ハナコ	男	1978年 6月 24日	6月 10日 (月)	
			衛生 花子	女		会場名 労働衛生福祉協会	
③				男 ・ 女	年 月 日	月 日 ()	
				男 ・ 女	年 月 日	月 日 ()	
④				男 ・ 女	年 月 日	月 日 ()	
				男 ・ 女	年 月 日	月 日 ()	
⑤				男 ・ 女	年 月 日	月 日 ()	
				男 ・ 女	年 月 日	月 日 ()	