健康診断申込書（事業所用）

事業所ゴム印

受診希望会場[　　]

東京土建一般労働組合　足立支部
東京都足立区梅島1-2-26
TEL：5845-5011　FAX：5845-5014

【　受診希望の記号に○印を　】

組合番号		土建国保	加入　・　未加入		土建国保番号　91-01-		
フリカ゛ナ		生年月日	S・H　　年　　月　　日	男・女	受診種類	胃・肺・前・じ・大・有・石	
氏 名		住 所			金　額	円	
組合番号		土建国保	加入　・　未加入		土建国保番号　91-01-		
フリカ゛ナ		生年月日	S・H　　年　　月　　日	男・女	受診種類	胃・肺・前・じ・大・有・石	
氏 名		住 所			金　額	円	
組合番号		土建国保	加入　・　未加入		土建国保番号　91-01-		
フリカ゛ナ		生年月日	S・H　　年　　月　　日	男・女	受診種類	胃・肺・前・じ・大・有・石	
氏 名		住 所			金　額	円	
組合番号		土建国保	加入　・　未加入		土建国保番号　91-01-		
フリカ゛ナ		生年月日	S・H　　年　　月　　日	男・女	受診種類	胃・肺・前・じ・大・有・石	
氏 名		住 所			金　額	円	
組合番号		土建国保	加入　・　未加入		土建国保番号　91-01-		
フリカ゛ナ		生年月日	S・H　　年　　月　　日	男・女	受診種類	胃・肺・前・じ・大・有・石	
氏 名		住 所			金　額	円	
組合番号		土建国保	加入　・　未加入		土建国保番号　91-01-		
フリカ゛ナ		生年月日	S・H　　年　　月　　日	男・女	受診種類	胃・肺・前・じ・大・有・石	
氏 名		住 所			金　額	円	
組合番号		土建国保	加入　・　未加入		土建国保番号　91-01-		
フリカ゛ナ		生年月日	S・H　　年　　月　　日	男・女	受診種類	胃・肺・前・じ・大・有・石	
氏 名		住 所			金　額	円	
組合番号		土建国保	加入　・　未加入		土建国保番号　91-01-		
フリカ゛ナ		生年月日	S・H　　年　　月　　日	男・女	受診種類	胃・肺・前・じ・大・有・石	
氏 名		住 所			金　額	円	
組合番号		土建国保	加入　・　未加入		土建国保番号　91-01-		
フリカ゛ナ		生年月日	S・H　　年　　月　　日	男・女	受診種類	胃・肺・前・じ・大・有・石	
氏 名		住 所			金　額	円	

◆金額は裏面のチラシを見て計算して下さい。

合計金額　　円