

従業員集団健康診断・生活習慣病予防健診 申込書

事業所名			
所在地	〒		
代表者名		連絡担当者名	
電話		E-mail	

※お申込受付後、当所より内容の確認のご連絡を致します。

■受診者名簿（フリガナも必ずご記入下さい）

No.	[フリガナ] 受診者名	性別	生年月日	希望コース	オプション検査 (ご希望の項目に○印を お付け下さい)	備考
1	-----	男・女	西暦 年 月 日	A・B	1・2・3・4 5・6・7・8 9・10・11・12	
2	-----	男・女	西暦 年 月 日	A・B	1・2・3・4 5・6・7・8 9・10・11・12	
3	-----	男・女	西暦 年 月 日	A・B	1・2・3・4 5・6・7・8 9・10・11・12	
4	-----	男・女	西暦 年 月 日	A・B	1・2・3・4 5・6・7・8 9・10・11・12	
5	-----	男・女	西暦 年 月 日	A・B	1・2・3・4 5・6・7・8 9・10・11・12	
6	-----	男・女	西暦 年 月 日	A・B	1・2・3・4 5・6・7・8 9・10・11・12	

◎上記太枠内をもれなくご記入ください。

◎7人以上いらっしゃる場合は、本用紙をコピーしてご使用ください。なお、申込人数により、受診時間等を変更させていただく場合がありますのでご了承ください。

◎受診時間などのご希望がありましたら備考欄にご記入ください。

◎ご記入いただいた個人情報につきましては、札幌商工会議所のほか、提携機関において健診事業実施のための名簿・台帳作成・健診結果などに使用いたします。

申込方法

【FAX、メール申込み】

本申込書に必要事項をご記入の上、FAX：011-231-5591
または E-mail:service@sapporo-cci.or.jp までお申込みください。

【インターネット申込み】

右記二次元コード「専用フォーム」より
お申し込みください。



受診日時の確定

実施日の2週間前を目処に、(公財)北海道労働保健管理協会より、受診時間等を
明記した書類をお送りさせていただきます。

受診料のお支払い

お申し込み内容確認後、請求書を送付させていただきますので、お振込み
願います。なお、振込手数料は貴社にてご負担願います。

申込締切

2025年3月21(金)まで

お申し込み・お問い合わせ

札幌商工会議所 会員組織部 会員サービス課

〒060-8610 札幌市中央区北1条西2丁目 TEL.011-231-1318 FAX.011-231-5591 E-mail:service@sapporo-cci.or.jp

※健診結果のご通知は、約3週間後事業所様宛に（公財）北海道労働保健管理協会より直接ご通知致します。