

全コース共通集団健診申込書

健康診断を下記のとおり受診いたしたく、**健診料振り込み領収書を添えて**申し込みます。

2024（令和6年） 月 日

事業所名		担当者	
事業所所在地	【郵便番号 - 】		
TEL		FAX	

時間帯によっては、お申込みが集中する場合がございます。そのため、午前の受診希望でも午後の受診に変更になることや同一事業所で同日に複数人が受診する場合でも、異なる時間帯で受診していただく場合がございます

※キャンセルは11月5日(火)午後5時迄です。それ以降の返金は出来かねます。予めご了承お願い致します。

受診者氏名	ふりがな ※必須	生年月日	性別	希望日及び希望時間			コース
				11/11	11/12	両日可能	
1		昭和・平成 年 月 日	男・女	午前 午後 どちら也可	午前 午後 どちら也可	午前 午後 どちら也可	A・B C・D
2		昭和・平成 年 月 日	男・女	午前 午後 どちら也可	午前 午後 どちら也可	午前 午後 どちら也可	A・B C・D
3		昭和・平成 年 月 日	男・女	午前 午後 どちら也可	午前 午後 どちら也可	午前 午後 どちら也可	A・B C・D
4		昭和・平成 年 月 日	男・女	午前 午後 どちら也可	午前 午後 どちら也可	午前 午後 どちら也可	A・B C・D
5		昭和・平成 年 月 日	男・女	午前 午後 どちら也可	午前 午後 どちら也可	午前 午後 どちら也可	A・B C・D
6		昭和・平成 年 月 日	男・女	午前 午後 どちら也可	午前 午後 どちら也可	午前 午後 どちら也可	A・B C・D
7		昭和・平成 年 月 日	男・女	午前 午後 どちら也可	午前 午後 どちら也可	午前 午後 どちら也可	A・B C・D
8		昭和・平成 年 月 日	男・女	午前 午後 どちら也可	午前 午後 どちら也可	午前 午後 どちら也可	A・B C・D
9		昭和・平成 年 月 日	男・女	午前 午後 どちら也可	午前 午後 どちら也可	午前 午後 どちら也可	A・B C・D
10		昭和・平成 年 月 日	男・女	午前 午後 どちら也可	午前 午後 どちら也可	午前 午後 どちら也可	A・B C・D

Dコースを除く、A・B・Cコースの受診者合計が6人以上の場合、6人目からは下段の割増の健診料となります。		Aコース	Bコース	Cコース	Dコース	↓いずれかに○の上、事前にお振込み下さい。 (京銀・中信) 受診料総合計
	上段	@4,800 名	@5,800 名	@11,800 名	@5,282 名	
	下段	@6,800 名	@7,800 名	@13,800 名		
コース別受診料合計		円	円	円	円	円

※Dコース（協会けんぽに加入されている35歳以上の方対象）をお申込みの場合は、本申込書以外に 令和6年度 健康診断のお知らせのDコース欄に記載のある書類一式をご提出ください。

※受診セット（受診日時・キット等）は 10月25日（金）を目途に京都予防医学センターから直接送付いたします。

【FAX番号 (075) 981-8556】 ※令和6年 9月20日（金）までにご提出ください。