

愛ト協 集団健康診断 受診予約申込書

支部名 : 第1・第2・第3・第4・尾東・尾西・知多・西三・東三 支部

会社名 :

代表者 :

申込担当者 : TEL :

保有車両数 : 両 (被けん引車や白ナンバー車両を除く)

受診日時 : 20日(土)・21日(日) / 8時・9時・10時・11時・13時・14時

※受診日時は、お申込み状況によってはご希望に沿えない場合があります。

受診者氏名		生年月日	性別
1	(フリガナ) -----	昭・平 年 月 日生	男・女
2	(フリガナ) -----	昭・平 年 月 日生	男・女
3	(フリガナ) -----	昭・平 年 月 日生	男・女
4	(フリガナ) -----	昭・平 年 月 日生	男・女
5	(フリガナ) -----	昭・平 年 月 日生	男・女

※上記情報は、愛ト協と業務委託先が、今回お申込み頂いた集団健診及び助成事業の実施に関して使用いたしますので、あらかじめご了承ください。

※多数受診される場合は、お手数ですが本紙を複製・ご記入のうえお申込み下さい。当協会ウェブサイトからもダウンロード頂けます。(<https://ssl.aitokyo.jp/>)