

生活習慣病予防健診お申込書

受診が決定された方を下記の記入欄にご記入いただき KPC までお知らせください。
医療機関と補助金の手続きをいたします。

お申込日 年 月 日

受診される医療機関											
企業番号		企業名		健診担当者							
所在地	〒										
TEL			FAX								
No.	個人番号	氏名(フリガナ)	性別	生年月日	付加健診※	受診予定日	備考				
1				. .	あり・なし	. .					
2				. .	あり・なし	. .					
3				. .	あり・なし	. .					
4				. .	あり・なし	. .					
5				. .	あり・なし	. .					
6				. .	あり・なし	. .					
7				. .	あり・なし	. .					
8				. .	あり・なし	. .					
9				. .	あり・なし	. .					
10				. .	あり・なし	. .					
<p>●注意事項</p> <p>受診される医療機関ごとにご記入ください。 会員でない方は、個人番号欄を空欄にしてください。 ※今年40歳、または50歳になられるかたは、付加健診追加の対象となります。</p> <p>●お申込は・・・</p> <p>▼ メール info@kpc.or.jp</p> <p>▼ FAX 075-361-1101</p>						<p>*事務局処理欄</p> <table border="1"> <tr> <th>No.</th> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>		No.			
No.											
<p>KPC</p>		<p>(公財)京都中小企業振興センター 健診申込係まで</p>									