

人吉商工会議所 福利厚生会員サービス事業

「PET-CT 検診」申込書兼会員証明書

人吉商工会議所 御中 (FAX:0966-24-6509)

私は人吉商工会議所会員サービス事業『PET-CT 検診』を受診したいので、下記のとおり申し込みます。

事業所名						
代表者		生年月日	大正 昭和 平成	年	月	日
事業所	所在地	〒 —				
	電話番号		FAX 番号			
受診者氏名		(カナ).....	男・女	事業所との 関係・続柄	事業主(役員)・従業員・家族等	
受診者氏名		(カナ).....	男・女	事業所との 関係・続柄	事業主(役員)・従業員・家族等	
受診者氏名		(カナ).....	男・女	事業所との 関係・続柄	事業主(役員)・従業員・家族等	

連絡担当者 (受診者本人の場合は記入不要です)

担当者氏名		所属部署	
-------	--	------	--

←.....記入いただいた情報につきましては、「PET-CT 検診」の諸手続きのほか、当所及び日本赤十字社からの各種連絡・情報提供のために使用させていただきます。.....→

日本赤十字社熊本健康管理センター PET-CT 診断センター行き (FAX:096-387-8341)

会員証明書

上記事業所は、人吉商工会議所の会員事業所であることを証明いたします。

平成 年 月 日

人吉商工会議所

※人吉商工会議所承認印がない証明書は無効です。