◎富士商工会議所共済制度加入者サービス事業

成 人 病 予 防 検 診 申 込 書

富士商工会議所振興課 御中
（ＦＡＸ ５２－９７９６）

事業所名	
担当者名	
連 絡 先	

希望検診機関	三村クリニック ・ 湖 山 病 院
検診希望日	平成 年 月 日（ ）

受診者名	住 所	希望検診コースに○印をして下さい。			検診時間		生年月日
		簡略コース（Ａコース）	標準コース（Ｂコース）	万全コース（Ｃコース）	三村ｸﾘﾆｯｸ	湖山病院	
				① ②	8:30～	9:00～	
				① ②	8:30～	9:00～	
				① ②	8:30～	9:00～	
				① ②	8:30～	9:00～	
				① ②	8:30～	9:00～	
				① ②	8:30～	9:00～	
				① ②	8:30～	9:00～	
				① ②	8:30～	9:00～	
				① ②	8:30～	9:00～	
				① ②	8:30～	9:00～	
				① ②	8:30～	9:00～	
				① ②	8:30～	9:00～	
				① ②	8:30～	9:00～	
				① ②	8:30～	9:00～	
				① ②	8:30～	9:00～	

※ 検診時間は三村クリニックは朝8時30分より、湖山病院は朝9時からの検診となります。
※ 用紙が不足した場合は、コピーしてご利用ください。
※ 生年月日は必ずご記入ください。