

# 人間ドック受診利用券交付申請書

年 月 日

(一財) 米子市勤労者福祉サービスセンター 様

事業所名 \_\_\_\_\_

事業主名 \_\_\_\_\_ 印

人間ドックを受診しますので、受診利用券の交付を申請します。

事業所番号				電話番号		担当者	
会員番号				会員名		健診機関	健診日
							/
							/
							/
							/
							/
							/
							/
							/
							/
							/
							/

※受診者が多い場合は、各種健診名簿もご利用ください。

処	事務局長	合 議	担 当	入 力
理				

受 付 印

・受診されなかった方の利用券は、すみやかにご返送ください。