

本渡商工会議所 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

本渡商工会議所 御中 (FAX:0969-24-3340)

私は本渡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)

受診者氏名		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、本渡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

本渡商工会議所 印

※本渡商工会議所承認印がない証明書は無効です。