No. ２３ -

熊本商工会議所福利厚生サービス事業「ＰＥＴ-ＣＴ検診」
申込書兼会員証明書

熊本商工会議所　御中

私は、熊本商工会議所福利厚生サービス事業『ＰＥＴ-ＣＴ検診』を受診したいので、必要事項を記入のうえ、申し込みます。

■申込者記入欄

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	〒　　ー			
	電話番号		FAX 番号		
受診者名		男・女	事業所との関係・続柄	事業主（役員）・従業員・家族等	
受診者名		男・女	事業所との関係・続柄	事業主（役員）・従業員・家族等	
受診者名		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、記入不要）

担当者氏名		担当部署名	

※ご記入いただきまし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・情報提供のために利用させていただくことがあります 。

＊会議所記入欄

会 員 証 明 書

日本赤十字社熊本健康管理センター　御中

上記事業所は、熊本商工会議所の会員事業所であることを証明致します。

１．会員加入年月　　明治・大正・昭和・平成 ＿＿＿年＿＿＿月

２．会員番号　　＿＿＿＿＿＿＿＿

平成　　年　　月　　日　　熊本商工会議所

（注）１．会員番号なき証明書は無効です。
　　２．有効期限は発行日より６０日以内です。