

人間ドック応援キャンペーン 申込書

紹介日 令和 年 月 日

厚生連で初めて人間ドックを受診する方、
厚生連で3年以上人間ドックの受診歴がない方に限ります。

【受診される方】

お申込み窓口【

】

氏名	生年月日	年齢	性別
フリガナ	昭和 平成 年 月 日	歳	男・女
住所	連絡先(電話番号)	受診予定日 ※1~5月受診	
〒			

～注意事項～ 必ずお読みください！

※ お申込み後、厚生連よりキャンペーンに該当するかお知らせいたします。

JA を通じてお申込みの方は、JA 担当者よりご連絡いたします。

※ 個人情報が含まれていますので、取扱いには十分に注意してください。

厚生連 確認欄	※記入しないでください					
	厚生連で確認した結果今回のキャンペーンの (対象 ・ 対象外) です。 ※ 年 月 日受診のため不可					
	<table border="1"><thead><tr><th></th><th>担当</th><th>精算担当</th></tr></thead><tbody><tr><td>厚生連 確認欄</td><td></td><td></td></tr></tbody></table>		担当	精算担当	厚生連 確認欄	
	担当	精算担当				
厚生連 確認欄						

