

健診サービス申込書

～流れ～

① 健診機関に受診予約



② 福岡商工会議所への申込



③ 健診機関からの連絡

※希望する健診機関に○印をおつけください

1. 公益財団法人 福岡県すこやか健康事業団 福岡国際総合健診センター
2. 公益財団法人 福岡県結核予防会 福岡結核予防センター
3a. 医療法人財団 博愛会 人間ドックセンターウェルネス天神
3b. 医療法人財団 博愛会 人間ドックセンターウィメンズウェルネス天神デュアル
4. 社会医療法人 雪の聖母会 聖マリア福岡健診センター
5. 社会医療法人 大成会 福岡記念PET・健診センター(旧:福岡中央総合健診センター)
6a. 医療法人福岡桜十字 桜十字福岡病院
6b. 医療法人福岡桜十字 桜十字博多駅健診クリニック
7. 一般財団法人 日本予防医学協会 附属診療所 ウェルビーイング博多
8. 一般財団法人 医療情報健康財団 健康財団クリニック
9. 一般財団法人 西日本産業衛生会 福岡健診診療所
10. 医療法人 愛風会 さく病院
11. 公益財団法人 パブリックヘルスリサーチセンター 福岡診療所
12a. 一般財団法人 船員保険 福岡健康管理センター
12b. 一般財団法人 船員保険 福岡健康管理センター 西部健診センター
13. 社会医療法人財団 池友会 福岡和白総合健診クリニック
14. 医療法人 貝塚病院
15a. 公益財団法人 福岡労働衛生研究所 労衛研健診センター
15b. 公益財団法人 福岡労働衛生研究所 天神健診センター
16. 医療法人 徳洲会 福岡徳洲会病院

必ず事前に健診機関に受診予約をお取りください。

フリガナ					会員番号
事業所名					
所在地 (ビル名もご記入ください) (〒)	コース	健診料(税込)	人数	健診料合計	
	法定健診	6,200円	人	円	
	ミニ人間ドック	18,500円	人	円	
	半日人間ドック [Ⓐ]	35,000円	人	円	
	半日人間ドック [Ⓑ]	35,000円	人	円	
電話番号	1泊2日+脳ドック	72,000円	人	円	
FAX番号	2泊3日+脳ドック	103,000円	人	円	
担当者名	合 計		人	円	
E-mail	PET受診希望 <input type="checkbox"/>		※ご希望される場合はチェックしてください。 当所より、別途ご連絡いたします。		

(フリガナ) 受診者名		性別	生年月日(西暦)	受診コース名	受診予定日	時 間
1		男・女	年 月 日		月 日	
2		男・女	年 月 日		月 日	
3		男・女	年 月 日		月 日	
4		男・女	年 月 日		月 日	
5		男・女	年 月 日		月 日	
6		男・女	年 月 日		月 日	
7		男・女	年 月 日		月 日	
8		男・女	年 月 日		月 日	

※欄が足りない場合はコピーをとってご記入ください。

FAX 092-411-1600

福岡商工会議所 会員組織・共済グループ
〒812-8505 福岡市博多区博多駅前二丁目9番28号
TEL 092-441-1114

お申込書にご記入頂いた情報は、以後の当健診のご案内などに利用する場合があります