

2024年度下半期健康チェック申込書

注意1：申込期限厳守となります **1月17日（金）17時まで**（当日受付および、申込期限以降の受付は致しません）

①郵送 ②電話（39-1139）③FAX（39-5539）のいずれかでお申し込みください

注意2：FAX記載漏れや裏面送信など特定不可の場合は申込ができません（心配な方は電話でご確認ください）

注意3：申込どおりの方にはご連絡致しませんので、当日は各会場へお越しください（心配な方は電話でご確認ください）

会員番号： _____ 氏名： _____ 生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

電話番号（つながりやすい番号を記載）：【 _____ 】

体力測定の内容
が変更しました♪



| いずれか1つを選択し○ | 会場 | 受付時間 | 実施内容 |
|-------------|----------------|-------------------|-------------------|
| 2月5日（水） | 松本短期大学（笹賀3118） | 8：50 ～ 9：20 | 血液検査 + 体力測定 |
| 2月6日（木） | 松本市総合体育館サブアリーナ | | |
| 2月8日（土） | 松本市総合体育館サブアリーナ | | |



参加料金について

●総合健康チェック
サービスの方→無料
（年会費あり）

●基本サービスの方
→有料（年会費なし）

体力測定1,500円

血液検査1,500円

支払場所：ラボ事務所

支払期限：1月27日

（平日 10～17時まで）

以下の日程は、「血液検査のみ」です **【人数制限あり】本館：10名/日 南分室：5名/日**

| いずれか1つを選択し○ | 会場 | 受付時間 | 実施内容 |
|-------------|--------------------------------------|-----------------------------|---|
| 2月18日（火） | 松本市医師会検査健診センター（城西2-5-5） 各日10名 | ① 8：30 ② 9：00 （①②各5名） | 血液検査 申込どおりの方には ご連絡しませんので、 当日会場へお越し ください ※申込ができなかつ た場合は、連絡しま す。 |
| 2月19日（水） | | | |
| 2月20日（木） | | | |
| 2月14日（金） | 松本市医師会検査健診センター南分室（村井西2-1-27） 各日5名 | 8：30～ 9：00 | |
| 2月17日（月） | | | |
| 2月21日（金） | | | |