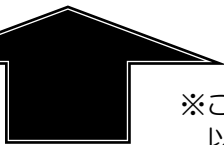


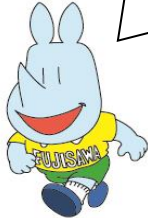
# FAX : 0466-24-4500



※ご記入頂いた内容につきましては、補助券発行以外の目的には使用いたしません。

## 湘南勤労者福祉サービスセンター補助券等申請書

この用紙に、希望する補助券名、希望者名等、必要事項を必ず記入し、上記番号へ FAX してください。後日補助券を記載の住所へ郵送いたします。



財団記入欄	発券番号		取扱者	
	発行日			
	発行者	公益財団法人湘南産業振興財団		

補助券送付先	住 所	事業所・自宅・その他 ( )
	連 絡 先	
	企 業 名	
	申 請 者 名	

<p><b>*希望するものを☑してください。</b></p>	<input type="checkbox"/> 日帰り人間ドック補助券 <input type="checkbox"/> 一般健康診断補助券 <input type="checkbox"/> 東京ディズニーリゾート2,000円補助券 <small>※複数会員分の一括発行につきましては、確認のご連絡を取らせていただく場合があります。</small>
<p><b>*人間ドック・一般健診を受ける方は、指定医療機関を☑して下さい。</b></p>	<input type="checkbox"/> 藤沢総合健診センター（順天医院） <input type="checkbox"/> 湘南第一病院 <input type="checkbox"/> 湘南中央病院 <input type="checkbox"/> ライフメディカル健診プラザ <input type="checkbox"/> 藤沢市保健医療センター <input type="checkbox"/> 湘南藤沢徳洲会病院 <input type="checkbox"/> 神奈川県結核予防会 <input type="checkbox"/> 湘南鎌倉総合病院 <input type="checkbox"/> 茅ヶ崎徳洲会病院 <input type="checkbox"/> 茅ヶ崎市立病院 <input type="checkbox"/> 京浜健診クリニック <input type="checkbox"/> 横浜東口クリニック <input type="checkbox"/> 大船中央病院 <input type="checkbox"/> 寒川病院
<p><b>*人間ドック・一般健診を受ける方は、受診日をご記入下さい。</b></p>	平成      年      月      日

※補助対象者（健診＝会員及び同居家族、TDR 補助券＝会員のみ）をご記入ください

No.	氏 名	性 別	生 年 月 日	区 分	会 員 番 号	事 業 所 名
1		男・女	T/S/H 年 月 日	会員・家族		
2		男・女	T/S/H 年 月 日	会員・家族		
3		男・女	T/S/H 年 月 日	会員・家族		
4		男・女	T/S/H 年 月 日	会員・家族		
5		男・女	T/S/H 年 月 日	会員・家族		
6		男・女	T/S/H 年 月 日	会員・家族		
7		男・女	T/S/H 年 月 日	会員・家族		
8		男・女	T/S/H 年 月 日	会員・家族		
9		男・女	T/S/H 年 月 日	会員・家族		

	人間ドック補助額	一般健康診断補助額	※医療機関へご予約時に必ず補助券を利用する旨をお伝え下さい。 ※補助券を他団体の制度と併用する場合は、医療機関により利用できないことがありますので、必ず事前に医療機関に利用可能かどうかを確認してからお申込みください。
会員40歳以上	11,000円	2,000円	
会員40歳未満	8,000円		
同居家族	4,000円	1,000円	