

年 月 日

大陽日酸健康保険組合 行

## ピロリ菌 検診 申込 総括表

申込書枚数 枚

納品先住所 〒

電話番号

事業所名

所 属

担当者名

◎この用紙は発送の際、大変重要になりますので、申込書には必ずこの総括表を添付してください。