

職場健診 申し込み名簿

企業NO :

事業所名 _____ 様

※該当する項目を○で囲んで下さい。

住所 _____

【健診料金支払い方法】

- 1. すべて事業所請求
- 2. 一部自己負担 ()
- 3. 当日全額自己負担

TEL _____

担当者 _____ FAX _____

【事業主への結果報告書控え】

- 1. 不要 (ご本人のみ報告)
- 2. 必要 (必ず受診者の了承を得て下さい)

※健診センター _____ 宛て

【案内、問診等の送付先】

- 1. 自宅
- 2. 事業所

	ふりがな	生年月日	性別	ご住所 アパート・団地名・部屋番号まで 記入	第1希望月日(曜日)	第2希望月日(曜日)	備考・オプション
	お名前						
1		S H . .	男・女		/ ()	/ ()	
2		S H . .	男・女		/ ()	/ ()	
3		S H . .	男・女		/ ()	/ ()	
4		S H . .	男・女		/ ()	/ ()	
5		S H . .	男・女		/ ()	/ ()	

※乳がん検診 (マンモグラフィー) ご希望の方は月・水・金曜日のみとなります。

2019.4月改定

とよみ生協病院 健診センター 豊見城市真玉橋593-1

TEL : 850-9003 FAX : 850-3392