

職場健診 申し込み名簿

企業NO:

※該当する項目を○で囲んで下さい。

事業所名 _____ 様

住所 _____

TEL _____

担当者 _____ FAX _____

【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

【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ください)

【案内、問診等の送付先】

- 1. 自宅
- 2. 事業所

※健診センター宛て

	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		/ ()	/ ()	

※ 土曜日は胃カメラ、乳がん、子宮がんの検査は行っておりません。
 ※ 胃カメラに変更ご希望の方は追加料金3,300円となります。
 (胃カメラの水曜日の体制は10月以降未定です。)

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