

# 生活習慣病予防健診予約申込書

(団体用)

(事業所所在地) 〒 \_\_\_\_\_

申込日: 年 月 日

団体での申し込みをされる場合は、こちらの用紙へご記入の上  
健康管理センターへ**FAX(047-384-8621)**をお願いいたします。  
※ FAX到着後、3営業日以内にご連絡差し上げます。  
(注意事項) こちらでの申し込みは院内健診のみとなります。  
巡回バス健診をご希望の場合は、直接電話にて  
お問い合わせください。

(事業所名称) \_\_\_\_\_  
(担当者名) \_\_\_\_\_  
(電場番号) \_\_\_\_\_ (FAX番号) \_\_\_\_\_

健康保険被保険者証の 保険者番号	健康保険被保険者証の 記号	資料・結果 郵送先	会社(担当 / 個人) 個人自宅
---------------------	------------------	--------------	---------------------

※子宮頸がん検診は月～金曜日のみ

健康保険証 の番号	フリガナ 氏名		性別	生年月日	希望する 健診種類	一般健診と 併せて受診希望	第一希望日	第二希望日	第三希望日	備考	
	男	女									
①			男	昭平令	一般健診	付加健診					
			女	年 月 日	子宮頸がん検診(単独)	乳がん検診 子宮頸がん検診					
				住所	〒 _____						
				電話番号	_____						
②			男	昭平令	一般健診	付加健診					
			女	年 月 日	子宮頸がん検診(単独)	乳がん検診 子宮頸がん検診					
				住所	〒 _____						
				電話番号	_____						
③			男	昭平令	一般健診	付加健診					
			女	年 月 日	子宮頸がん検診(単独)	乳がん検診 子宮頸がん検診					
				住所	〒 _____						
				電話番号	_____						

# 生活習慣病予防健診予約申込書

(団体用) 2/2

(事業所所在地) 〒 \_\_\_\_\_

申込日: \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

団体での申し込みをされる場合は、こちらの用紙へご記入の上  
健康管理センターへ**FAX(047-384-8621)**をお願いいたします。  
※ FAX到着後、3営業日以内にご連絡差し上げます。  
(注意事項) こちらでの申し込みは院内健診のみとなります。  
巡回バス健診をご希望の場合は、直接電話にて  
お問い合わせください。

(事業所名称) \_\_\_\_\_  
(担当者名) \_\_\_\_\_  
(電場番号) \_\_\_\_\_ (FAX番号) \_\_\_\_\_

健康保険被保険者証の 保険者番号	健康保険被保険者証の 記号	資料・結果 郵送先	会社(担当 / 個人) 個人自宅
---------------------	------------------	--------------	---------------------

※子宮頸がん検診は月～金曜日のみ

健康保険証 の番号	フリガナ 氏名		性別	生年月日	希望する 健診種類	一般健診と 併せて受診希望	第一希望日	第二希望日	第三希望日	備考	
	男	女									
④			男	昭平 令	年 月 日	一般健診 子宮頸がん検診(単独)	付加健診 乳がん検診 子宮頸がん検診				
			女								
				住所	〒 _____						
				電話番号	_____						
⑤			男	昭平 令	年 月 日	一般健診 子宮頸がん検診(単独)	付加健診 乳がん検診 子宮頸がん検診				
			女								
				住所	〒 _____						
				電話番号	_____						
⑥			男	昭平 令	年 月 日	一般健診 子宮頸がん検診(単独)	付加健診 乳がん検診 子宮頸がん検診				
			女								
				住所	〒 _____						
				電話番号	_____						