健康診断申込書《生活習慣病予防健診・定期健康診断》

《申込方法》受診日を予約後、必要事項を記入し、ＦＡＸにてお申込下さい。

▼書類送付先住所　※健康診断に係る書類は原則、登録事業所住所へ送付致します。

事業所名				通信欄
所在地				
電話番号		ＦＡＸ番号		
保険証の記号		ご担当者		

▼受診票・結果・請求書等、上記住所と異なる住所への書類送付を希望する場合は
通信欄にその旨を記載し、下記へ必要事項を記入して下さい。

送付先住所	〒　　－			通信欄
電話番号	－　　－	ご担当者	様	

▼ 太枠内をご記入下さい。

保険証		フリガナ	性別	生年月日	健康診断項目 いずれかに○をつけて下さい		受診予約日	備考（オプション検査等の希望があれば記入して下さい）
個人番号	続	お名前			生活習慣病	定期		
	本・配・家		男・女	昭和・平成　年　月　日			月　日 午前・午後	
	本・配・家		男・女	昭和・平成　年　月　日			月　日 午前・午後	
	本・配・家		男・女	昭和・平成　年　月　日			月　日 午前・午後	
	本・配・家		男・女	昭和・平成　年　月　日			月　日 午前・午後	
	本・配・家		男・女	昭和・平成　年　月　日			月　日 午前・午後	
	本・配・家		男・女	昭和・平成　年　月　日			月　日 午前・午後	
	本・配・家		男・女	昭和・平成　年　月　日			月　日 午前・午後	
	本・配・家		男・女	昭和・平成　年　月　日			月　日 午前・午後	
	本・配・家		男・女	昭和・平成　年　月　日			月　日 午前・午後	

＜申し込み先＞

一般財団法人 日本健康管理協会
とちぎ健診プラザ

TEL　０２８５－２８－３１１１

FAX　０２８５－２８－３０５５