

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	(一財) 日本健康管理協会 伊勢崎健診プラザ			様	通信欄
所在地	〒 372 - 0822	ご担当者	日健協 太郎		様
	群馬県伊勢崎市中町655-1				
電話番号	0270-26-7700	FAX番号	0270-26-7705		
所属健保	〇〇	健保 保険証記号	100		

▼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	〒 -				様	通信欄
電話番号	-	ご担当者				様

▼ 太枠内をご記入下さい。

個人番号	保険証 続	フリガナ お名前	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)
					生活習慣病	定期		
1	本・配・家本	ニッケンキョウ イチロウ 日健協 一郎	男・女	昭和・平成 50年4月2日	○		4月1日 午前・午後	
2	本・配・家本	ケンコウ ハナコ 健康 花子	男・女	昭和・平成 2年7月7日		○	4月14日 午前・午後	子宮頸がん、乳腺エコー
	本・配・家本		男・女	昭和・平成 年 月 日			月 日 午前・午後	
	本・配・家本		男・女	昭和・平成 年 月 日			月 日 午前・午後	
	本・配・家本		男・女	昭和・平成 年 月 日			月 日 午前・午後	
	本・配・家本		男・女	昭和・平成 年 月 日			月 日 午前・午後	
	本・配・家本		男・女	昭和・平成 年 月 日			月 日 午前・午後	
	本・配・家本		男・女	昭和・平成 年 月 日			月 日 午前・午後	
	本・配・家本		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
伊勢崎健診プラザ

TEL 0270-26-7700

FAX 0270-26-7705