

巡回健診申込書

令和 年 月 日
(〒 -)

所在地
健診日: 令和 年 月 日 事業所名
電話番号
健診会場: 担当者名

事業所記号		※この健診結果を事業所管理用として事業所に送付を希望されない方は、チェックを入れる。				
被保険者証番号	受 検 者				希望しない	(※)
	区分	氏 名	性別	住 所		
	本・家 (フリガナ)	S・H 年 月 日生(歳)	男・女	〒 - TEL ()	<input type="checkbox"/>	
	本・家 (フリガナ)	S・H 年 月 日生(歳)	男・女	〒 - TEL ()	<input type="checkbox"/>	
	本・家 (フリガナ)	S・H 年 月 日生(歳)	男・女	〒 - TEL ()	<input type="checkbox"/>	
	本・家 (フリガナ)	S・H 年 月 日生(歳)	男・女	〒 - TEL ()	<input type="checkbox"/>	
	本・家 (フリガナ)	S・H 年 月 日生(歳)	男・女	〒 - TEL ()	<input type="checkbox"/>	
	本・家 (フリガナ)	S・H 年 月 日生(歳)	男・女	〒 - TEL ()	<input type="checkbox"/>	
	本・家 (フリガナ)	S・H 年 月 日生(歳)	男・女	〒 - TEL ()	<input type="checkbox"/>	
	本・家 (フリガナ)	S・H 年 月 日生(歳)	男・女	〒 - TEL ()	<input type="checkbox"/>	
	本・家 (フリガナ)	S・H 年 月 日生(歳)	男・女	〒 - TEL ()	<input type="checkbox"/>	
	本・家 (フリガナ)	S・H 年 月 日生(歳)	男・女	〒 - TEL ()	<input type="checkbox"/>	

合計 _____ 名

《注意事項》

1. 申込書は会場別に記入してください。(※)は記入不要です。
2. 健診結果は、健診後3週間前後で健診機関から事業所に送付されます。
3. 健診結果は、当組合に送付され保健師等による保健指導に使用します。