

# 個人用仮申込書

|         |       |             |       |
|---------|-------|-------------|-------|
| フリガナ    |       |             |       |
| 氏 名     |       |             |       |
| 住 所     | 〒     |             |       |
| 生年月日・性別 | 昭和・平成 | 年 月 日 ( 歳 ) | 男 ・ 女 |
| 電 話 番 号 |       | 携 帯 電 話     |       |

| 受 診 希 望 日     |               |               |
|---------------|---------------|---------------|
| 第一希望日 月 日 ( ) | 第二希望日 月 日 ( ) | 第三希望日 月 日 ( ) |

| ご希望の健診コース・種類 (該当するものに☑ または ご記入ください。) |                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                 |
|--------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/>             | 採用時(雇入時)健康診断 (労働安全法43条)<br><input type="checkbox"/> 指定結果記入用紙あり ※指定の結果記入用紙・又は検査項目用紙がありましたら、必ず仮申込書と一緒にFAXして下さい。 |                                                                                                                                                                                                                 |
| <input type="checkbox"/>             | 定期健康診断 (労働安全法44条)                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                 |
| <input type="checkbox"/>             | 半日ドック ※ 胃カメラをご希望 → <input type="checkbox"/>                                                                   |                                                                                                                                                                                                                 |
| <input type="checkbox"/>             | 2日ドック ※ 胃カメラをご希望 → <input type="checkbox"/>                                                                   |                                                                                                                                                                                                                 |
| <input type="checkbox"/>             | 全国保険協会 (協会けんぽ) 生活習慣予防健診                                                                                       | <input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 任意継続被保険者<br><input type="checkbox"/> 付加健診 <input type="checkbox"/> 乳がん検診(一般と同時) <input type="checkbox"/> 子宮がん検診(一般と同時) <input type="checkbox"/> 子宮がん(単独) |
| <input type="checkbox"/>             | 代行機関経由健康診断                                                                                                    | 代行機関名( ) コース名( ) 会社名( )<br>追加オプション ( )                                                                                                                                                                          |
| <input type="checkbox"/>             | 抗体検査                                                                                                          | 抗体名 ( )                                                                                                                                                                                                         |
| <input type="checkbox"/>             | 予防接種                                                                                                          | ワクチン名 ( )                                                                                                                                                                                                       |
| <input type="checkbox"/>             | その他                                                                                                           | ※ 上記以外の健康診断や検査をご希望の方はこちらにご記入ください。                                                                                                                                                                               |

| 注 意 事 項                                                      |
|--------------------------------------------------------------|
| ※ 当健診センターへ仮申込書をFAX下さい。ご予約内容を確認し記載電話番号へ御連絡させていただき受診日を決定いたします。 |
| ※ ご予約は月曜日～土曜日の午前中の予約制となり、毎週火曜日・第2金曜日はレディースデイの為女性のみのご予約となります。 |
| ※ 指定の結果記入用紙・又は検査項目用紙がありましたら、必ず仮申込書と一緒にFAXして下さい。              |
| ※ 健診結果は、受診日から2～3週間後のお渡しとなります。お急ぎの方は、ご相談ください。                 |
| ※ 予防接種ワクチンはお取り寄せ後の受診になります。                                   |

| 備 考 欄 |
|-------|
|       |