

健康診断申込書

申込日: 令和 年 月 日 (FAX 0173-35-6337 西北労働基準協会 行)

↓↓健診サイト↓↓

● 申込書は健診日ごとに作成ください。(申込書はコピー可)

区分	健診日	時間	受診者数	受診票 (初診者用)
<input type="checkbox"/> 移動 (2月末迄切)	月 日	時 分 ~	名	※移動のみ記入 枚
<input type="checkbox"/> 院内 (受診日の3日前迄切)		<input type="checkbox"/> 分割して受診		

事業所		担当者	
所在地		TEL	-
		FAX	-



- 連絡事項
- ① 移動受診の日程は『別紙①』を参照しお申込みください。【オプションがなく、受診者も昨年と変更がない場合は名簿の提出は不要】
 - ② 院内受診は予約制(午後受診のみ・1事業所1日あたり5名までの受付)。【受付 月火金13:30~15:30 (全曜日午前水木土日祝不可)】
 - ③ 健診日程を変更いただく場合のみご連絡いたします。連絡がない場合は受付完了です。 移動 日程と受診票を後日送付。 院内 健診日に増田病院へ。受付へ会社名とお名前を申出ください。
 - ④ 健診料については後日請求となります。当日の支払いはご遠慮ください。請求書発行後は、当協会窓口又はお振込(送金手数料等は貴社負担)ください。
 - ⑤ 採血をされる方は、受診前の飲食等は控えて(3時間以上)ください。また、レントゲン撮影時は薄手のTシャツ(プリント・刺繍・ボタン・金具等のないもの)を事前に着用しご準備ください。
 - ⑥ 『健診受診の際の注意事項』を必ずご一読ください。健診サイトより、注意事項や申込書がダウンロードできます。受診者への周知をお願いします。
 - ⑦ 巡回事業場並びに全日本労働福祉協会での受診事業所には個別でご連絡いたします。(この申込書の提出は不要)
- ※直接増田病院へお申込みの場合、会員扱いとならない場合がありますのでご注意ください。

↓↓↓ 院内受診・オプション希望の場合は必ず記入ください ↓↓↓			検査項目 (該当箇所には☑)				備考
フリガナ 氏名	性別	生年月日	一般健診	オプション	特殊健診		
	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	昭・平 年 月 日	<input type="checkbox"/> Aコース <input type="checkbox"/> Bコース	<input type="checkbox"/> 腰痛 <input type="checkbox"/> 尿酸 <input type="checkbox"/> 蜂抗体 <input type="checkbox"/> 検便 <input type="checkbox"/> P S A <input type="checkbox"/> 胃	<input type="checkbox"/> 有機(トルエン・キシレン・) <input type="checkbox"/> 特化(エチル・メチル・スチレン・)	<input type="checkbox"/> じん肺 <input type="checkbox"/> 石綿 <input type="checkbox"/> 溶接ヒューム <input type="checkbox"/> 鉛	<input type="checkbox"/> X線省略
	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	昭・平 年 月 日	<input type="checkbox"/> Aコース <input type="checkbox"/> Bコース	<input type="checkbox"/> 腰痛 <input type="checkbox"/> 尿酸 <input type="checkbox"/> 蜂抗体 <input type="checkbox"/> 検便 <input type="checkbox"/> P S A <input type="checkbox"/> 胃	<input type="checkbox"/> 有機(トルエン・キシレン・) <input type="checkbox"/> 特化(エチル・メチル・スチレン・)	<input type="checkbox"/> じん肺 <input type="checkbox"/> 石綿 <input type="checkbox"/> 溶接ヒューム <input type="checkbox"/> 鉛	<input type="checkbox"/> X線省略
	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	昭・平 年 月 日	<input type="checkbox"/> Aコース <input type="checkbox"/> Bコース	<input type="checkbox"/> 腰痛 <input type="checkbox"/> 尿酸 <input type="checkbox"/> 蜂抗体 <input type="checkbox"/> 検便 <input type="checkbox"/> P S A <input type="checkbox"/> 胃	<input type="checkbox"/> 有機(トルエン・キシレン・) <input type="checkbox"/> 特化(エチル・メチル・スチレン・)	<input type="checkbox"/> じん肺 <input type="checkbox"/> 石綿 <input type="checkbox"/> 溶接ヒューム <input type="checkbox"/> 鉛	<input type="checkbox"/> X線省略
	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	昭・平 年 月 日	<input type="checkbox"/> Aコース <input type="checkbox"/> Bコース	<input type="checkbox"/> 腰痛 <input type="checkbox"/> 尿酸 <input type="checkbox"/> 蜂抗体 <input type="checkbox"/> 検便 <input type="checkbox"/> P S A <input type="checkbox"/> 胃	<input type="checkbox"/> 有機(トルエン・キシレン・) <input type="checkbox"/> 特化(エチル・メチル・スチレン・)	<input type="checkbox"/> じん肺 <input type="checkbox"/> 石綿 <input type="checkbox"/> 溶接ヒューム <input type="checkbox"/> 鉛	<input type="checkbox"/> X線省略

(ご要望等)

事務局欄 担当