【 **健 康 診 断 申 込 書** 】

★記入例をご確認いただき必要事項をご記入のうえ、商工会議所にお申し込みください。

事業所名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者名

住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 TEL　　　　　　　　（　　　　）　　　　　　　　　　FAX　　　　　　　　（　　　　）

**○　受 診 者 名 簿**

**以下の受診者名簿には、受診希望日（１０月７日もしくは１１月１３日）及び希望時間帯につきましてもご記入をお願いします。**

**※ただし受診者数により、日程調整をお願いする場合がございます。**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フ　リ　ガ　ナ | 性別 | 生年月日 | 健診の種類 | 協会・生活を受診の方へ  胃部X線（バリウム）受診  についてご回答ください | 生活習慣病予防健診受診者欄 | | | | 特殊健康診断  オプション検査 | 受診  希望日 | 希望  時間帯 |
| 氏　　　　名 | 健保記号 | 保険証番号 | 保険者番号 | 追加検診 |
|  | 男・女 | S・H 年  月　日 | ・定　期 ・協 会  ・生　活 | 受診する ・ 受診しない |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  | 男・女 | S・H 年  月　日 | ・定　期 ・協 会  ・生　活 | 受診する ・ 受診しない |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  | 男・女 | S・H 年  月　日 | ・定　期 ・協 会  ・生　活 | 受診する ・ 受診しない |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  | 男・女 | S・H 年  月　日 | ・定　期 ・協 会  ・生　活 | 受診する ・ 受診しない |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  | 男・女 | S・H 年  月　日 | ・定　期 ・協 会  ・生　活 | 受診する ・ 受診しない |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  | 男・女 | S・H 年  月　日 | ・定　期 ・協 会  ・生　活 | 受診する ・ 受診しない |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  | 男・女 | S・H 年  月　日 | ・定　期 ・協 会  ・生　活 | 受診する ・ 受診しない |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  | 男・女 | S・H 年  月　日 | ・定　期 ・協 会  ・生　活 | 受診する ・ 受診しない |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  | 男・女 | S・H 年  月　日 | ・定　期 ・協 会  ・生　活 | 受診する ・ 受診しない |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  | 男・女 | S・H 年  月　日 | ・定　期 ・協 会  ・生　活 | 受診する ・ 受診しない |  |  |  |  |  |  |  |
|  |

**※ 追加検診及び特殊健康診断を希望される場合検診名を記入してください。（有機溶剤健康診断を希望される場合は、必ず溶剤名も記入してください。）**