▲ ＦＡＸ送信先：072-823-3834

# 健康診断申込書【団体・事業所用】

※この用紙を印刷してご利用ください

**医療法人協仁会　小松病院　健康管理センター**
〒572-8567　大阪府寝屋川市川勝町8-2
TEL　072-823-1521（代）

※別紙の「受診者名簿」と一緒に送信ください

**▼お申込者様** ※印の項目は必ずご記入ください

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | お申込日 | 年　月　日 |
| フリガナ | | 担当者様 | |
| 団体　※ | | | |
| ご住所　※ | 〒 | | |
| | | E－mail | |
| TEL　※ | | FAX | |

**▼診断内容**　該当項目に☑をお付けください

| | |
|---|---|
| ご加入の健康保険組合 | □　①協会けんぽ（全国健康保険協会）　□　②健康保険組合⇒組合名称（　　）<br>□　③国民健康保険　□　④共済組合　⇒組合名称（　　）<br>□　⑤その他（　　） |
| 健診項目 | ①　当センター項目で実施【別紙健康診断一覧表を参照ください】<br>□　定期健診A　□　定期健診B　□　雇入時健診　□　海外派遣（赴任・帰国）健康診断<br>□　協会けんぽ　生活習慣病予防健診　□　その他（　　） |
| 希望日程 | ●第一希望　年　月　日　～　年　月　日<br>●第二希望　年　月　日　～　年　月　日<br>※事前資料送付等ありますので**最低3週間先**をご指定ください。　※混雑時はご希望に添えない場合がございますので、予めご了承ください。　※別紙の受診者名簿に個人の受診希望日を記入してください。 |
| 結果発送先（上記以外） | 住所：〒<br>担当者名：（　　）TEL：（　　） |
| 発送時期 | 通常は受診後、3週間以内に上記住所へ個人用結果と事業所用結果（一覧）を送付いたします。<br>※結果発送について、お問い合わせの方は備考欄にご記入ください。 |
| 支払方法 | □　窓口支払い　□　後日支払い<br>通常は、健診結果とともに上記住所に請求書を送付いたします。 |

**▼備考**　ご意見・ご要望・質問事項などございましたらご記入ください

※健康診断の日程が決定次第ご連絡いたしますが、ご不明な点等ございましたら上記連絡先までご連絡ください。

※この申込書・名簿は**予約日確定書ではございません**のでご了承ください。