▲ 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:072-820-3111／FAX:072-823-3834

※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(　　) □ ③国民健康保険　□ ④共済組合　⇒組合名称(　　) □ 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】 □ 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 □ 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 ●第二希望　年　月　日 ～　年　月　日 ※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:〒 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。 ※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 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。