

# 健診（午後）申込み表

- 受付時間：午後1時～1時15分
- 受付場所：奥出雲健康センター

事業所名		担当者名	
郵便番号		ジョイメイト加入	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
住所			
電話番号		FAX番号	
メールアドレス			
その他のご希望 ・特記事項			

★ 健診内容 ★ 次のA～Dを選択してください。

A	＝ 定期健診	（今年度35歳・40歳以上の方）
B	＝ 定期健診	（今年度35歳を除く39歳以下の方）
C	＝ その他の健康診断	（具体的な内容を備考欄に記入……特定業務、有機溶剤等）
D	＝ 生活習慣病予防健診（若年）	（協会けんぽで今年度20・25・30歳の方）
* Dの場合は備考欄に、保険者番号、記号、番号を記入		

☆ 健診希望日 ☆ 受診希望日（希望月のみでも可）を記入してください。

\* 午後健診の実施曜日は月・水・木のみ

\* 当院で初めて健康診断を受けられる方は、ふりがなをお願いします。

NO	ふりがな 氏名	性別	生年月日 (昭和S・平成Hに☑して下さい)	健診内容 (ABCD選択)	健診希望日	備考欄
1		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H . .		/	
2		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H . .		/	
3		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H . .		/	
4		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H . .		/	
5		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H . .		/	
6		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H . .		/	
7		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H . .		/	
8		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H . .		/	
9		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H . .		/	
10		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H . .		/	