▲ ＦＡＸ送信先：072-823-3834

# 健康診断申込書【個人用】

※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）

| | | | |
|---|---|---|---|
| フリガナ | | お申込日 | 年　月　日 |
| 個人名　※ | | 生年月日 | T・S・H　年　月　日 |
| フリガナ | | | |
| 勤務先名　※ | | | |
| お住まいの<br>ご住所　※ | 〒 | | |
| TEL　※ | | FAX | |

**▼診断内容**　該当項目に☑をお付けください

| | |
|---|---|
| ご加入の<br>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 | ●第一希望　年　月　日 ～　年　月　日<br>●第二希望　年　月　日 ～　年　月　日<br>※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。 |
| 結果発送先<br>（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結果を送付いたします。<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（原則、窓口でのお支払いとなっております。） |

**▼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

| |
|---|
| |

※健康診断の日時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。