

健康診断受診者名簿 兼 申込書

(公財)福島県労働保健センター 渉外課 集合健診担当者 行

送信先FAX番号 **024-554-5188**

会社名		<small>センター処理欄 ID:</small>	ご担当者			
住所	〒		TEL		FAX	

健康保険組合名		保険証記号		申込会場	白河・棚倉・矢祭・会津・福島・その他()
---------	--	-------	--	------	-----------------------

保険証番号	氏名	フリガナ	生年月日(西暦)	性別	健診内容	健診希望日	
						第一希望	第二希望
1			年 月 日	男・女			
2			年 月 日	男・女			
3			年 月 日	男・女			
4			年 月 日	男・女			
5			年 月 日	男・女			
6			年 月 日	男・女			
7			年 月 日	男・女			
8			年 月 日	男・女			

※特殊健康診断及びオプション検査をご希望の方は、「健診内容」欄にあわせてご記入ください。

※やむを得ず胃の検査を受診されない方は、「健診内容」欄に ” 胃部不検 ” とご記入ください。

<small>センター処理欄</small>	スケジュール 管理表入力	区分	準備物	契約
		新規 予約区分 モレ→	要 不要	No.