

春の定期健康診断申込書

申込締切日
令和4年2月28日(月)必着

貴事業所名			ご担当者名		
所在地					
電話番号			FAX 番号		
メール アドレス	お申込み後、提携医療機関より受診者名簿等についてご連絡いたします。FAX でも可。				
	@				
健康診断	ご希望に○をお付けください。出張健診をご希望の場合は希望日程をご記入お願いいたします。				
	<input type="checkbox"/> 集団健康診断		・	<input type="checkbox"/> 出張健康診断	
				<input type="checkbox"/> 第一希望	月 日
				<input type="checkbox"/> 第二希望	月 日
受診人数	通常定期	名	協会けんぽ	名	協会けんぽ
	健康診断		生活習慣病予防健診		生活習慣病予防健診
			※胃部 X 線あり		※胃部 X 線なし
オプション 検査	◇有機溶剤 _____ 名		◇大腸がん検査		
	◇喀痰検査 _____ 名		・1回法 _____ 名 ・2回法 _____ 名		
	◇じん肺検査 _____ 名		◇腫瘍マーカー _____ 名		
※提携医療機関より詳細をお伺いいたしますので、合計人数のみご記入下さい。					

お申込方法

上記申込書にご記入の上、FAX または窓口にてお申込みください。

申込締切日:令和4年2月28日(月)必着

FAX 072-332-5720

窓口 松原商工会議所 松原市阿保1-2-30
【受付時間:平日午前9時~午後5時30分】

※お申込み後の詳細等は、下記医療機関より担当者様へご連絡いたします。

提携医療機関

谷口内科循環器クリニック 〒567-0063 茨木市中河原町 11-39