

常務理事	事務長	室長	部長	課長	抜者

## 巡 回 健 康 診 断 申 込 書

事業所名称		担当者名	
住 所	実施場所	電話	Fax
	問診票郵送先	実施年月日	平成 年 月 日 ( )
	結果・請求書郵送先	受検者数	名

※ 実施日の2週間前までにFAXまたは郵送でお申し込みください。(FAX 03-3264-4429)

※ 問診票郵送先、結果・請求書郵送先が実施場所と異なる場合は、各住所をご記入ください。

※ 員外者(組合員でない方)は、「備考」欄に生年月日をご記入ください。

※ 年齢は、年度末(3月31日)時点の年齢をご記入ください。

※ 1日の実施可能人数は、【生活習慣病】と【健康診断】併せて**50名まで**となります。(健康診断のみは別)

記号	番号	氏名	性別	年齢	備考
			男・女		
			男・女		
			男・女		
			男・女		
5			男・女		
			男・女		
			男・女		
			男・女		
			男・女		
10			男・女		
			男・女		
			男・女		
			男・女		
			男・女		
15			男・女		
			男・女		
			男・女		
			男・女		
			男・女		
20			男・女		
			男・女		
			男・女		
			男・女		
			男・女		
25			男・女		
			男・女		
			男・女		
			男・女		
			男・女		
30			男・女		

この申込書は個人情報保護法を遵守し適正に取り扱います。