

| | | | | | |
|------|-----|----|----|----|----|
| 常務理事 | 事務長 | 室長 | 部長 | 課長 | 扱者 |
| | | | | | |

巡回生活習慣病健診申込書(35歳以上)

| | | | |
|--------|-----------|-------|--------------|
| 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)
- ※ オプション検査を希望の方は、備考欄に「男腫瘍1」「男腫瘍2」「女腫瘍」「ピロリ」とご記入ください。
 (男腫瘍マーカー1・・・CEA、CA19-9、SCC抗原、PSA)
 (男腫瘍マーカー2・・・CEA、CA19-9、SCC抗原) (女腫瘍マーカー・・・CEA、CA19-9、CA125)

| 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 | | |

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。