

令和4年度和泉商工会議所定期健康診断受診申込書(巡回健診用)

事業所名			ご担当者名	
所在地	〒 ー			
TEL			FAX	

巡回健診	※受診者10名以上、X線車1台が駐車可能、健診用スペース1室ご用意できる事業所。 ※巡回健診の日程調整については、お申し込み後、随時医療機関より連絡があります。 ※ご希望日が集中した場合は、先着順となりますので、予めご了承ください。							
	巡回健診日	10月18日(火)	10月19日(水)	10月20日(木)	10月24日(月)			
		10月25日(火)	10月26日(水)	11月1日(火)	11月2日(水)			
		11月7日(月)	11月8日(火)	11月9日(水)	11月10日(木)			
申込者数	定期健診総合コース 名		大腸がん1回法 名		大腸がん2回法 名			
	腫瘍マーカーセット(男性) 名		腫瘍マーカーセット(女性) 名		胃検査(ピロリ菌) 名			
	胃がんリスク検診 名		甲状腺機能検査 名		風疹抗体検査 名		麻疹抗体検査 名	
	肝炎検査 名		じん肺検診 名		石綿検診 名		鉛検診 名	
	有機溶剤検診 名		特化則検診 名		有機溶剤・特化則検診 名		その他検診 ※検査項目をご記入ください。 名	
	第1希望日		第2希望日		第3希望日			
月 日 時~		月 日 時~		月 日 時~				
※ご記入いただきました情報は、医療機関及び和泉商工会議所にて、健康診断の受付・連絡・各種情報提供のために利用致します。				会使用所欄	受付月日	受付No.	FAX	入力