

# 健康診断申込書

申込日 2024年 月 日

事業所名									ご担当者名	様	
住所	〒										
電話番号							FAX番号				
請求書送付先	〒								ご担当者名	様	
実施日	2024年12月10日(火)・12月11日(水)の2日間 (希望日を下記へご記入ください)										
女性専用枠 (13時~14時)				希望する						希望しない	
		10日				11日				合計(名)	備考
		AM		PM		AM		PM			
		男性(名)	女性(名)	男性(名)	女性(名)	男性(名)	女性(名)	男性(名)	女性(名)		
検査 内 訳  (複数 記入可)	①生活習慣病予防健診 (協会けんぽ)									名	※健診者名簿 必須
	②定期健康診断 A									名	
	③定期健康診断 B									名	
	④雇入時健診(新入職)									名	内容は定期健康診断Bと同様
	⑤腫瘍マーカー									名	
	⑥じん肺									名	
	⑦有機溶剤									名	溶剤名( )
	⑧特定化学物質									名	溶剤名( )
	⑨鉛									名	
	⑩胃部X線検査 (直接撮影)									名	検査は午前中のみ
	⑪東振協 (コース名)									名	健保名( ) ※東振協健診申込書に記載ください
	⑫インフルエンザ予防接種									名	
合計(名)		名	名	名	名	名	名	名	名	名	

- \*生活習慣病予防健診及び各健診に胃部X線検査も受けられる場合は、いずれも午前中のみとなります。  
また、当日の検査終了までは飲食できませんのでご注意ください。
- \*時間帯が決定しましたら、受診票の配布と併せてご案内致します。
- \*分散受診を希望される事業所の方は、各項目にご記入下さい。  
但し、希望日に多くの企業様が集中した場合には調整させていただきますので、予めご了承下さい。
- \*13時から14時までは【女性専用】の時間帯ですので、男性の方の受診はご遠慮下さい。  
また、胃の検査をお受けになる女性の方は検査が午前中のみですので、この時間帯は受診できません。

お問合せ：平和台病院 予防医療センター 担当：熱田・川口  
TEL 04-7189-1119 (直通)  
FAX 04-7189-5151