

定期健康診断受診予定者名簿 (追加検査を希望する方は必ず○をつけてください)

事業所								ご担当						荘内地区健康管理センター 事業推進課 TEL：0235-22-6445 FAX：0235-25-2216 E-mail：kenshin@tsuruoka-med.jp				
事業所 所在地								電話番号						FAX：0235-25-2216				
								FAX 番号						E-mail：kenshin@tsuruoka-med.jp				
	予約日	時間	氏名/カナ	性別	生年月日	年度 年齢	健診コース					特殊健診		オプション検査				備考
							定期 A	定期 B	定期 C	雇用 時	特定 業務	有機	特化 物	胃	大腸	乳	子宮	
1		:																
2		:																
3		:																
4		:																
5		:																
6		:																
7		:																
8		:																

変更がある場合は訂正をお願いいたします。新規の方は空欄または白紙の名簿にご記入ください。

「乳」はマンモグラフィでの検査になります。乳房超音波検査をご希望の場合は備考にご記入ください。