【東振協】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 | |  | | | | | |  | ご担当者様 | | |  | | | | | | 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 | | | |
| 電話番号 | | |  | | | | | |
| 事業所  所在地 | | 〒 | | | | | | | FAX番号 | | |  | | | | | |
| ①支払方法 | | 個人名当日支払／会社名当日支払い／請求　※〇をつけてください | | | | | | | ※①・②の送付先が上記住所と異なる場合は別途お知らせください。 | | | | | | | | | | | | |
| ②結果について | | 結果は2部（健康管理ｾﾝﾀｰと東振協（健康保険組合））より発行されます | | | | | | |
| 加入健保 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 予約日 | 時間 | 氏名／カナ | | 性別 | 生年月日 | 保険証 | | 健診コース | | | | | | | 追加検査 | | | | | 備考 | |
| 記号 | 番号 | A | A1 | A2 | | B | B1 | D | 胃 | 大腸 | | 乳 | 子宮 |
| 1 |  | **：** |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  | |
|  |  |
| 2 |  | **：** |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  | |
|  |  |
| 3 |  | **：** |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  | |
|  |  |
| 4 |  | **：** |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  | |
|  |  |
| 5 |  | **：** |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  | |
|  |  |
| 6 |  | **：** |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  | |
|  |  |
| 7 |  | **：** |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  | |
|  |  |

※「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。