【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：0235-22-6445FAX：0235-25-2216E-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。