

【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 ※○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。