定期健康診断受診予定者名簿　　(希望する健診コース・追加検査に○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：0235-22-6445FAX：0235-25-2216E-mail：kenshin@tsuruoka-med.jp |
| 事業所所在地 |   | 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |
|  | 予約日 | 時間 | 氏名／カナ | 性別 | 生年月日 | 年度年齢 | 健診コース | 追加検査 | 特殊健診 | 備考 |
| 定期A | 定期B | 定期C | 雇用時 | 胃 | 大腸 | 乳(ﾏﾝﾓ) | 子宮 | 有機 | 特化物 |
| 1 |  | **：** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
| 2 |  | **：** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
| 3 |  | **：** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
| 4 |  | **：** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
| 5 |  | **：** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
| 6 |  | **：** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
| 7 |  | **：** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
| 8 |  | **：** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |

◆乳房超音波検査をご希望の方は乳がん検診が受診必須となります。

◆特殊健診をお申し込みの際は、使用している溶剤名等を備考欄にご記入ください。