

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 : 0235-22-6445 FAX : 0235-25-2216 E-mail : kenshin@tsuruoka-med.jp
事業所所在地												電話番号					備考
												FAX番号					
予約日	時間	(フリガナ) 氏名	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。