

令和8年度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			庄内地区健康管理センター 事業推進課			
事業所所在地												電話番号			TEL : 0235-22-6445			
												FAX番号			FAX : 0235-25-2216			
												追加検査				特殊健診		備考
予約日	時間	氏名/カナ	性別	生年月日	年度年齢	健診コース				胃	大腸	乳 (マンモ)	子宮	有機	特化物			
						※1 (若年) 一般健診	定期 A	定期 B	定期 C	雇 入 時								
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。

※1 協会けんぽ加入の被保険者で今年度、年度年齢 20.25.30歳の方のうち、一般健診（若年）を希望される方は○をつけてください。