◆◆◆　健康診断申込書（企業用）　◆◆◆

受付日：平成22年　　月　　日

申込書に必要事項をご記入の上、郵送またはＦＡＸにてご返信下さい。こちらからご連絡を致します。連絡が無い場合、お問い合わせください。これは予約日確定書ではありませんのでご注意下さい。

郵送先：〒838-0141　福岡県小郡市小郡217の1　嶋田病院健診センター宛
ＦＡＸ送信先：0942-73-3313　嶋田病院健診センター宛

フリガナ			
御社名			
フリガナ		部署名	
ご担当者様お名前			
フリガナ			
会社ご住所	〒		
電話番号			
ＦＡＸ番号			
健診希望時期	平成22年　　月　　日　～　平成22年　　月　　日まで		
健診の受診期日があればご記入下さい	平成22年　　月　　日		
健診受診者の人数	男性　　名	女性　　名	総計　　名
健診受診者の内訳	生活習慣病予防健診　　名	定期健康診断　　名	
健診項目	・自社指定項目で実施する（指定項目をＦＡＸで送付して下さい）		
	・当院指定項目で実施する　定期健診7.000円（Ａ）コース		
	・当院指定項目で実施する　定期健診5.500円（Ｂ）コース		
	・当院指定項目で実施する　定期健診3.700円（Ｃ）コース		
	・雇い入れ時健診6.830円（Ｄ）コース		
	※当院の定期健診項目は、別紙をご覧下さい。		
事前書類送付先	・自宅　　・会社　　・その他の送付先（　　）		
	※生活習慣病健診は、2週間前に問診票などお送りします。		
健診結果送付先	・自宅　　・会社　　・その他の送付先（　　）		
	※健診担当者様宛に会社・受診者様へ各1部（計2部）送付いたします。		
費用請求先	・受診者（窓口支払）　・会社　・その他の請求先（　　）		
	※連絡事項などありましたらご連絡下さい。		
その他　※ご希望のオプション検査、連絡事項などありましたらご記載下さい。			

□□□　法定健診（企業健診）をお受けいただく際の注意事項　□□□

①受付時間より逆算して10時間の空腹時間を作ってください。脂肪の多いものは控えて、消化の良い食事をおとりください。

②服薬については、事前に主治医にご相談下さい。

③尿検査がありますので、受診直前の排尿は出来るだけお控えください。

④事業所様保管の個人票がある場合は、ご持参ください。

⑤診察や胸部Ｘ線検査がありますので、受診しやすい服装もしくは金具・ビーズ等の無いシャツをご持参下さい。

⑥ご本人様確認となる保険証(生活習慣病予防健診)もしくは、免許証を必ずご持参下さい。

⑦事前に送付しております書類などは、前日までにご記載頂き当日は忘れずご持参下さい。

⑧ご予約頂いたお時間までに直接 健診センターへおいで下さい。遅れる場合はご連絡下さい。

お問い合わせ：嶋田病院健診センター直通℡0942-72-2375(14時～16時)