

会員・非会員

令和4年度秋期 大和商工会議所 定期健診・生活習慣病健診申込書

お問い合わせ・申込先

TEL 046-263-9111

FAX 046-264-0391

事業所名

住 所

T E L F A X

ご担当者名

支払い方法をお選び下さい

当日支払い・後日請求

※ 該当箇所に○印をお付け下さい。

受付時間	〈生活習慣病健診〉8:30、9:00、9:30、10:00、10:30 からお選び下さい。				〈定期健診〉13:15、13:45、14:15、14:45 からお選び下さい。			
(フリガナ) 氏 名	生年月日	年齢	性別	健 診 コ ー ス	オプション	健診希望日時	特 殊 検 診	そ の 他 希望項目
	S・H 年 月 日		男・女	生活習慣病健診 (胃部X線/有・無) 定期健診Ⅱ	大・肺・超・ PSA(男性のみ) 子・乳・甲・骨	月 日 () :	有機溶剤(取扱物質名:) じん肺・アスベスト 新型コロナウイルス抗体検査 その他()	
	S・H 年 月 日		男・女	生活習慣病健診 (胃部X線/有・無) 定期健診Ⅱ	大・肺・超・ PSA(男性のみ) 子・乳・甲・骨	月 日 () :	有機溶剤(取扱物質名:) じん肺・アスベスト 新型コロナウイルス抗体検査 その他()	
	S・H 年 月 日		男・女	生活習慣病健診 (胃部X線/有・無) 定期健診Ⅱ	大・肺・超・ PSA(男性のみ) 子・乳・甲・骨	月 日 () :	有機溶剤(取扱物質名:) じん肺・アスベスト 新型コロナウイルス抗体検査 その他()	
	S・H 年 月 日		男・女	生活習慣病健診 (胃部X線/有・無) 定期健診Ⅱ	大・肺・超・ PSA(男性のみ) 子・乳・甲・骨	月 日 () :	有機溶剤(取扱物質名:) じん肺・アスベスト 新型コロナウイルス抗体検査 その他()	
	S・H 年 月 日		男・女	生活習慣病健診 (胃部X線/有・無) 定期健診Ⅱ	大・肺・超・ PSA(男性のみ) 子・乳・甲・骨	月 日 () :	有機溶剤(取扱物質名:) じん肺・アスベスト 新型コロナウイルス抗体検査 その他()	
	S・H 年 月 日		男・女	生活習慣病健診 (胃部X線/有・無) 定期健診Ⅱ	大・肺・超・ PSA(男性のみ) 子・乳・甲・骨	月 日 () :	有機溶剤(取扱物質名:) じん肺・アスベスト 新型コロナウイルス抗体検査 その他()	

※お申込者欄が不足の場合はコピー又は別紙(メールの場合はExcel)に必要な事項を記入してお申込み下さい。

※メールでのお申込みの際は、件名に「(事業所名)秋期定期健診申込」と明記して下さい。

※健診会場:(一財)神奈川県労働衛生福祉協会 大和市大和東3-10-18 電話 046(262)8155