

名古屋中法人会 女性部会  
 平成 26 年度  
 「レディース健康診断」受診申込書

FAX でお申込みください

用紙が不足の場合はコピーをとってお使いください

**FAX : 052-962-3093**

- 下記、太線内に必要事項をご記入、該当事項の□に☑をご記入ください。
- ご予約状況により、ご希望の日にご予約を承ることができない場合もございます。その場合は調整させていただきますのでご了承ください。

事業場名		TEL	
ご担当者名		FAX	
所在地	〒		

ご加入の健康保険組合	
<input type="checkbox"/> 1. 全国健康保険協会 (協会けんぽ)	<input type="checkbox"/> 4. 共済組合
<input type="checkbox"/> 2. 組合管掌健康保険組合	<input type="checkbox"/> 5. その他
<input type="checkbox"/> 3. 国民健康保険	
ご加入の2,3,4,5の健康保険組合は、名称をご記入ください。	
名称	

**ご受診者 お名前・生年月日・自宅住所・電話・受診希望日・オプション検査申込**

フリガナ		生年	<input type="checkbox"/> 昭和	年	月	日 ( 歳 )	<b>オプション検査</b> (追加料金となります) ● 受診をご希望される該当項目の□に☑をご記入ください。 ● 詳細は別紙P3オプション検査のご案内をご覧ください。
お名前		月	<input type="checkbox"/> 平成				
自宅住所	〒	電話	自宅				
			携帯				A <input type="checkbox"/> 心臓機能血液検査
			F A X				B <input type="checkbox"/> 女性のための血液検査
							C <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー検査
							D <input type="checkbox"/> HPV 検査

受診希望日	第1	平成	年	月	日	● 実施日⇒H26 : 11/30 H27 : 1/25・2/1・2/11 ● 第2希望日までお選びください。(詳細は別紙ご案内のP.1をご覧ください) ● 【受付時間】は実施機関が指定させていただきますので予めご了承ください。
	第2	平成	年	月	日	

フリガナ		生年	<input type="checkbox"/> 昭和	年	月	日 ( 歳 )	<b>オプション検査</b> (追加料金となります) ● 受診をご希望される該当項目の□に☑をご記入ください。 ● 詳細は別紙P3オプション検査のご案内をご覧ください。
お名前		月	<input type="checkbox"/> 平成				
自宅住所	〒	電話	自宅				
			携帯				A <input type="checkbox"/> 心臓機能血液検査
			F A X				B <input type="checkbox"/> 女性のための血液検査
							C <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー検査
							D <input type="checkbox"/> HPV 検査

受診希望日	第1	平成	年	月	日	● 実施日⇒H26 : 11/30 H27 : 1/25・2/1・2/11 ● 第2希望日までお選びください。(詳細は別紙ご案内のP.1をご覧ください) ● 【受付時間】は実施機関が指定させていただきますので予めご了承ください。
	第2	平成	年	月	日	

※ご記入いただきました「個人情報」につきましては、当財団からの健康診断業務に関するご連絡・ご案内・その他必要なお知らせのためのみに利用いたします。