

巡回健診申込書

〒

事業所所在地

事業所名

事業所記号		※満30歳以上の方は生活習慣病健診を受診できます。 (健診日当日に30歳を迎えている方が対象です。) ※健診の補助は年度内に1度となります。			
① 実施希望 所在地		担当者名		連絡先 ()	
30歳未満 健診申込者	人	30歳以上 健診申込者	人	合計	人
② 実施希望 所在地		担当者名		連絡先 ()	
30歳未満 健診申込者	人	30歳以上 健診申込者	人	合計	人
通信欄 (健診に関して希望等ございましたらご記入ください。)					

《注意事項》

- ① 実施希望場所の地図を必ず添付して下さい。(2ヶ所以上の場合はそれぞれの地図を添付)
- ② 日程等の調整がありますので、申込はお早め(5月末まで)をお願いします。
- ③ 時間帯の希望につきましては、人数・場所等の関係で、要望に沿えない場合もありますので、あらかじめご了承ください。(申込後、医療機関から日程等の連絡がありますので、その際に調整ください。)

※ 健診申込者の個人情報健診委託業者等への連絡に使用します。

※ この申込書をいただいた方は、当組合が健診結果を収集すること、及びその結果をもとに事業所と連携し、特定保健指導等の保健事業に利用することについて同意したものとさせていただきます。

東京都木材産業健康保険組合

Fax 03-3647-9334