

生活習慣病予防健康診断申込書 (月 日)

事業所名			
代表者名			
所在地			
T E L		F A X	
担当者名		従業員数	

受診者名簿

	氏名 (フリガナ)	生年月日	性別	希望日・場所	職種	健診料	オプショナル
1		S・H 年 男		月 日	経・役 職員		
		月 日 女		① 第一病院 ② 保健協会			
2		S・H 年 男		月 日	経・役 職員		
		月 日 女		① 第一病院 ② 保健協会			
3		S・H 年 男		月 日	経・役 職員		
		月 日 女		① 第一病院 ② 保健協会			
4		S・H 年 男		月 日	経・役 職員		
		月 日 女		① 第一病院 ② 保健協会			
5		S・H 年 男		月 日	経・役 職員		
		月 日 女		① 第一病院 ② 保健協会			
		S・H 年 男		月 日	経・役 職員		
		月 日 女		① 第一病院 ② 保健協会			

※ 職種欄は、該当する項目にそれぞれ○印をつけて下さい。

※ 健診場所は ①沖縄第一病院 ②沖縄県総合保健協会 どちらかに○印をつけて下さい。

※ なお、申込書における個人情報、同検診における検診結果と管理、関連資料の通知等事務処理上必要とすること以外への利用はいたしません。