▲

ＦＡＸ送信先：0259-55-4217

# 健康診断申込書【個人用】

※この用紙をプリントしてご利用ください

**一般社団法人 新潟県労働衛生医学協会**
〒952-0313　新潟県佐渡市真野536
TEL　0259－55-3175　　佐渡検診センター

**▼お申込者様** ※印の項目は必ずご記入ください

| | | | |
|---|---|---|---|
| フリガナ | | お申込日 | 年　月　日 |
| 個人名 ※ | | 生年月日 | T・S・H　年　月　日 |
| フリガナ | | | |
| 勤務先 ※ | | | |
| ご住所 ※ | 〒 | | |
| | | E－mail | |
| TEL ※ | | FAX | |

**▼診断内容**　該当項目にレをお付けください

| | |
|---|---|
| ご加入の健康保険組合 | □ ①協会けんぽ(全国健康保険協会)　□ ②健康保険組合⇒組合名称(　　)<br>□ ③国民健康保険　□ ④共済組合　⇒組合名称(　　)<br>□ ⑤その他(　　) |
| 健診項目 | ① 当会メニュー項目で実施【別紙料金表を参照ください】<br>□ Aコース　□ Cコース　□ オプション検査 (　　)<br>② 御社指定の項目で実施【指定項目を申込書と一緒に送ってください】<br>□ 協会けんぽ 生活習慣病予防健診　□ その他(　　) |
| 希望受診会場 | □ 佐渡検診センター<br>□ 他センター (　　) |
| 希望日 | ●第一希望　年　月　日 ～　年　月　日<br>●第二希望　年　月　日 ～　年　月　日<br>※資料送付等ありますので**最低3週間先**をご指定ください。 ※混雑時はご希望に添えない場合がございますので、予めご了承ください。 |
| 結果発送先 | 通常は、約3週間後、上記住所に事業所用結果と個人用結果を一括送付いたします。<br>送付先が、上記と違う場合のみ、ご記入ください。<br>①受診者宛　住所:〒　担当者名:(　　) TEL:(　　)<br>②会社宛　住所:〒　担当者名:(　　) TEL:(　　) |
| 支払方法 | □ 窓口支払い　□ 後日支払い<br>通常は、受診された翌月25日頃、上記住所に請求書を送付いたします。 |

**▼備考**　ご意見・ご要望・質問事項などございましたらご記入ください

※健康診断の日程・会場等決定次第ご連絡いたしますが、ご不明な点等ございましたら上記連絡先までご連絡ください。

※この申込書・名簿は**予約日確定書ではございません**のでご了承ください。

ご記入いただいた個人情報は、健康診断サービスの提供及びお客様への情報提供に利用し、第三者には提供いたしません。また、個人情報の取扱いを、外部に委託しません。記入頂けない項目がある場合は、健康診断サービスの提供ができない場合があります。個人情報の利用目的の通知及び開示、訂正、追加、削除、利用または提供の拒否をご希望の場合は、対応させていただきますので、下記個人情報お問い合わせ窓口までご連絡ください。
個人情報お問い合わせ窓口:人事部　025-267-1200(代表)　個人情報保護統括責任者 : 理事長