▲

FAX送信先：0259-55-4217

健康診断申込書【団体・事業所用】

※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

※別紙の「受診者名簿」と一緒に送ってください

▼お申込者様 ※印の項目は必ずご記入ください

		お申込日	年 月 日
フリガナ		担当者様	
団体名 ※			
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（ ） □ ③国民健康保険 □ ④共済組合 ⇒組合名称（ ） □ 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】 □ Aコース □ Bコース □ Cコース □ オプション検査 （ ） 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】 □ 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 □ 他センター （ ）
希望日	●第一希望 年 月 日 ～ 年 月 日 ●第二希望 年 月 日 ～ 年 月 日 ※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。 送付先が、上記と違う場合のみ、ご記入ください。
①受診者宛	住所：〒 担当者名：（ ）TEL：（ ）
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 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：企画部ISO推進課（025-370-1090） 個人情報保護統括責任者 ： 理事長