

健康診断受診申込書

令和 年 月 日

事業所名			
所在地	〒		
担当者	部署:	氏名:	
連絡先	電話:	FAX:	
	e-mail:		

[日程欄]

実施場所	<input type="checkbox"/> 自社(巡回) <input type="checkbox"/> 集合健診会場(会場名: _____) <input type="checkbox"/> 疾病予防施設慈恵クリニック		
希望時期	_____ 月(上・中・下旬)頃 又は _____ 月 _____ 日() で、ご案内中の集合健診会場		
時間	_____ 時 ~ _____ 時	※ AM ・ PM 希望	
※ 実施日につきましては後日、担当者より連絡の上調整させていただきます。 ※ 集合健診等で人数が集中した場合は時間帯をご指定する場合があります。			

[項目欄]

人数は概算で結構です。後日、健診機関より氏名連絡表が送付されます。

定期健診	人数	特殊健診	人数	特殊健診	人数
<input type="checkbox"/> 定期A		有機溶剤		<input type="checkbox"/> じん肺	
<input type="checkbox"/> 定期B		<input type="checkbox"/> トルエン		<input type="checkbox"/> 石綿	
<input type="checkbox"/> 雇入時		<input type="checkbox"/> キシレン		<input type="checkbox"/> 鉛	
<input type="checkbox"/> 深夜業務		<input type="checkbox"/> その他		<input type="checkbox"/> 騒音	
<input type="checkbox"/> 協会けんぽ		(_____)		<input type="checkbox"/> 高気圧	
オプション	人数	特定化学物質		<input type="checkbox"/> 塩素	
<input type="checkbox"/> アレルギー		<input type="checkbox"/> スチレン		<input type="checkbox"/> 振動工具	
<input type="checkbox"/> 尿酸		<input type="checkbox"/> エチルベンゼン		<input type="checkbox"/> 情報機器	
<input type="checkbox"/> 眼底		<input type="checkbox"/> メルイブ 剤ト		(定期・配置前)	
<input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー		<input type="checkbox"/> マンガン		<input type="checkbox"/> 腰痛	
<input type="checkbox"/> がん検査		<input type="checkbox"/> 溶接ヒューム		(定期・配置前)	
<input type="checkbox"/> その他		<input type="checkbox"/> その他		<input type="checkbox"/> その他	
(_____)		(_____)		(_____)	

[備考欄]

◎ 受診者がお決まりの場合は、氏名、フリガナ、性別、生年月日をご記入ください。
◎ その他、ご希望、オプション詳細、ご質問等あればご記入ください

お知らせ

◎ 健診結果送料及び事務手数料を請求させていただく場合がございます。