

事業所名：
御住所：〒
TEL：
FAX：

健康診断受診者名簿

行田協立診療所
TEL：048-556-4581
FAX：048-556-8677

健診コース	フリガナ氏名	性別	生年月日	年齢	住所	電話番号	オプション検査	健診希望日	希望時間	備考
1		男	S・H		〒		大腸がん検査 胃部レントゲン検査 前立腺がん検査			
		女								
2		男	S・H		〒		大腸がん検査 胃部レントゲン検査 前立腺がん検査			
		女								
3		男	S・H		〒		大腸がん検査 胃部レントゲン検査 前立腺がん検査			
		女								
4		男	S・H		〒		大腸がん検査 胃部レントゲン検査 前立腺がん検査			
		女								
5		男	S・H		〒		大腸がん検査 胃部レントゲン検査 前立腺がん検査			
		女								
6		男	S・H		〒		大腸がん検査 胃部レントゲン検査 前立腺がん検査			
		女								
7		男	S・H		〒		大腸がん検査 胃部レントゲン検査 前立腺がん検査			
		女								
8		男	S・H		〒		大腸がん検査 胃部レントゲン検査 前立腺がん検査			
		女								
9		男	S・H		〒		大腸がん検査 胃部レントゲン検査 前立腺がん検査			
		女								
10		男	S・H		〒		大腸がん検査 胃部レントゲン検査 前立腺がん検査			
		女								

【注意事項】

1. 健診コースは、別紙の「健康診断コース一覧表」をご参照ください
2. 年齢の欄は、受診する年度末の3月31日現在の年齢を必ずお書きください
3. 問診票等健診グッズ及び健診結果表の送り先をご自宅にされる方は住所欄・電話番号欄のご記入をお願いします
4. 受診日は月～土曜日の午前(第2土曜日休診)、8時30分～11時まで(30分刻み)となります
5. オプション検査は、ご希望の検査に○印をご記入ください

問診票等及び健診結果表の送付先が事業所の場合は、住所・電話番号の記入は必要ありません