

健康診断申込書

※事業所情報は正式名称でお願いします。問診票・健診結果・請求書の送り先として使用します

FAX:0428-78-2967

事業所名				ご担当者				
所在地		〒		TEL	()			
				FAX	()			
健康保険証番号			記号					
No.	フリガナ 氏名	生年月日	健診コース	オプション	保険証番号	希望受診日	本人同意確認	
1	フリガナ シンマチ タロウ 氏名 新町 太郎 性別 <input checked="" type="radio"/> 男 ・ 女 略字での記載はおやめください	昭和 平成 12年3月4日	<input type="checkbox"/> 定期 <input type="checkbox"/> 定期(胃XPあり) <input checked="" type="checkbox"/> 協会けんぽ生活 <input checked="" type="checkbox"/> 協会けんぽ生活(胃XPあり) ※健保加入者のみ選択可	<input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ②	1234	9 / 3 午前 午後	<input checked="" type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない	
1	フリガナ 氏名 性別 男 ・ 女 略字での記載はおやめください	昭和・平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 定期 <input type="checkbox"/> 定期(胃XPあり) <input type="checkbox"/> 協会けんぽ生活 <input type="checkbox"/> 協会けんぽ生活(胃XPあり) ※健保加入者のみ選択可	<input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ②		午前・午後	<input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない	
2	フリガナ 氏名 性別 男 ・ 女 略字での記載はおやめください	昭和・平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 定期 <input type="checkbox"/> 定期(胃XPあり) <input type="checkbox"/> 協会けんぽ生活 <input type="checkbox"/> 協会けんぽ生活(胃XPあり) ※健保加入者のみ選択可	<input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ②		午前・午後	<input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない	
3	フリガナ 氏名 性別 男 ・ 女 略字での記載はおやめください	昭和・平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 定期 <input type="checkbox"/> 定期(胃XPあり) <input type="checkbox"/> 協会けんぽ生活 <input type="checkbox"/> 協会けんぽ生活(胃XPあり) ※健保加入者のみ選択可	<input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ②		午前・午後	<input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない	
4	フリガナ 氏名 性別 男 ・ 女 略字での記載はおやめください	昭和・平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 定期 <input type="checkbox"/> 定期(胃XPあり) <input type="checkbox"/> 協会けんぽ生活 <input type="checkbox"/> 協会けんぽ生活(胃XPあり) ※健保加入者のみ選択可	<input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ②		午前・午後	<input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない	

～個人情報について～

お申込みの際にご記入いただきました個人情報や、受診者ご本人様から同意をいただいた上で、本事業の実施及び運営のために利用させていただきます。
 また、今回収集しました個人情報は、青梅商工会議所と医療法人社団 新町クリニックで共有いたします。なお同意いただけない場合や記入項目に漏れ等があった場合には、サービスの提供を受けられない場合がありますので、あらかじめご了承ください。

《問合せ》 青梅商工会議所 地域振興課 土井・濱田・土肥 TEL:0428-23-0112
 ※FAX・郵送にてお申込みの場合は直接 医療法人社団新町クリニックへご提出ください。