

## 健康診断申込書

【お申込方法】以下の必要事項をご記入の上、京都市城南診療所・健診課までFAXをお願いします。

お申込日： 年 月 日

## ①事業所様情報

貴事業所名			
所在地			
ご連絡先	TEL		
	FAX		
ご加入の健康保険組合名	<input type="checkbox"/> 全国健康保険協会 <input type="checkbox"/> その他 (      健康保険組合) ※☑をご記入ください		
ご担当者名			

## ②ご希望内容

受診希望月	第1希望 月頃      第2希望 月頃      第3希望 月頃
受診人数	【      】名様くらい
健診に加えて実施したい検査	<input type="checkbox"/> 希望あり ※下記の項目に☑してください <input type="checkbox"/> 今回は希望しない
	<input type="checkbox"/> 胃カメラ検査【経口・経鼻】 ←どちらかに○をつけてください。
	<input type="checkbox"/> 胃部レントゲン(バリウム)検査
	<input type="checkbox"/> 乳がん検診【マンモグラフィー・乳腺エコー】 ←どちらかに○をつけてください。
	<input type="checkbox"/> 子宮がん検診
	<input type="checkbox"/> 人間ドック

## ③その他のご要望やご質問は下記へご記載ください

--