総合病院南生協病院　健診・ドックセンター提出用

定期健診（企業健診）
その他の健診用

Page1

健康診断申込者名簿

（申込記入例）

〒459-8540
愛知県名古屋市緑区南大高二丁目204番地
総合病院南生協病院　健診ドックセンター

電話（052）625-0489
FAX（052）625-0490
電話受付時間　月～金　10:00～16:30
土　10:00～11:30

事業所名　株式会社　健診

担当者　健診　花子

電話番号　052-625-0489

FAX番号　052-625-0490

↓該当箇所へ○をして下さい↓

	センター記入欄 ID	フリガナ / 氏名	性別	生年月日	定期健診	定期省略健診	自費生活習慣病予防健診	自費人間ドック	オプション 胃透視（バリウム）	胃カメラ	子宮頸がん検診 協会けんぽ補助被保険者のみ	名古屋市ワンコイン	自費	乳がん検診 マンモ名古屋市ワンコイン	マンモ自費	乳腺超音波	オプション検査・備考
1		ケンシン　タロウ 健診　太郎	男・女	昭和・平成 44年 7月 15日	○												
	ご新規の方 住所変更 ご連絡先	〒 tel			受診ご希望日 曜日など				4月3日・8日 9:00以降								
2		ケンシン　ハナコ 健診　花子	男・女	昭和・平成 46年 12月 9日				○		○							腫瘍マーカー
	ご新規の方 住所変更 ご連絡先	〒 tel			受診ご希望日 曜日など				4月 木曜日 何時でも可								
3		アイチ　ケイコ 愛知　けい子	男・女	昭和・平成 5年 10月 23日	○						○						
	ご新規の方 住所変更 ご連絡先	〒459-8540 名古屋市緑区南大高二丁目204番地 tel○○○-△△△-×××× ※当センターに登録がない方は住所と電話番号をご記入ください。			受診ご希望日 曜日など				5月 火曜日・金曜日　10:00頃								
4				昭和・平成 年 月 日													
	ご新規の方 住所変更 ご連絡先	〒 tel			受診ご希望日 曜日など												
5			男・女	年 月 日													
	ご新規の方 住所変更 ご連絡先	〒 tel			受診ご希望日 曜日など												
6			男・女	昭和・平成 年 月 日													
	ご新規の方 住所変更 ご連絡先	〒 tel			受診ご希望日 曜日など												
7			男・女	昭和・平成 年 月 日													
	ご新規の方 住所変更 ご連絡先	〒 tel			受診ご希望日 曜日など												

オプションなど追加希望などご記入ください。

※希望月、曜日、時間（早い　又は遅い）など