

お申し込みの際は、こちらの用紙にご記入の上、
FAXにてご連絡下さい。

FAX番号 03-5776-1631
芝健診センター行き

事業所様名 _____ 担当 _____ 様 _____

〒 _____ 電話 _____

ご住所 _____ FAX _____

_____ メール _____

政府管掌・健康保険組合・国保組合・共済組合名 _____ 例：〇〇健康保険組合

_____ 記号・番号 _____

受診 希望日	受診コース (〇印をつけて下さい)	フリガナ 受診予定者名	性別 生年月日	健康保険 番号	オプション オプション項目を記入して下さい。 ※溶剤による追加検査(有機溶剤健診をご希望の場合)がある場合は、溶剤名もこちらにご記入下さい。
	1. 有機溶剤健診 2. じん肺健診 / 石綿健診 / じん肺・石綿健診 3. 高気圧業務健診 4. 電離放射健診 5. VDT健診 / 頸肩腕健診 / VDT・頸肩腕健診		男 女 昭和・平成 年 月 日	本人・家族	
	1. 有機溶剤健診 2. じん肺健診 / 石綿健診 / じん肺・石綿健診 3. 高気圧業務健診 4. 電離放射健診 5. VDT健診 / 頸肩腕健診 / VDT・頸肩腕健診		男 女 昭和・平成 年 月 日	本人・家族	
	1. 有機溶剤健診 2. じん肺健診 / 石綿健診 / じん肺・石綿健診 3. 高気圧業務健診 4. 電離放射健診 5. VDT健診 / 頸肩腕健診 / VDT・頸肩腕健診		男 女 昭和・平成 年 月 日	本人・家族	
	1. 有機溶剤健診 2. じん肺健診 / 石綿健診 / じん肺・石綿健診 3. 高気圧業務健診 4. 電離放射健診 5. VDT健診 / 頸肩腕健診 / VDT・頸肩腕健診		男 女 昭和・平成 年 月 日	本人・家族	
	1. 有機溶剤健診 2. じん肺健診 / 石綿健診 / じん肺・石綿健診 3. 高気圧業務健診 4. 電離放射健診 5. VDT健診 / 頸肩腕健診 / VDT・頸肩腕健診		男 女 昭和・平成 年 月 日	本人・家族	
	1. 有機溶剤健診 2. じん肺健診 / 石綿健診 / じん肺・石綿健診 3. 高気圧業務健診 4. 電離放射健診 5. VDT健診 / 頸肩腕健診 / VDT・頸肩腕健診		男 女 昭和・平成 年 月 日	本人・家族	

※ ご不明な点などございましたら、芝健診センター 予約担当までお問い合わせ下さい。
電話 03-3431-7491 E-mail: info@shiba-kenshin.jp <http://shiba-kenshin.nankatu.or.jp/>