

健診希望者申込書(事業所健診)

事業所所在地 〒 _____

担当者名 _____ TEL: _____ FAX: _____

支払方法(○をしてください) ①健診コース(請求・窓口払い) ②追加検査(請求・窓口払い) ③オプション検査(請求・窓口払い)

《留意事項》
 ※①健診コース
 法定健診:心電図・視力・聴力・胸部写真が含まれています。
 生活習慣病:協会けんぽの検査内容で、補助を受けなくて検査する場合はこちらを選択してください。(協会けんぽ補助額分もお支払いとなります)

※※ 当院では、70歳以上の方はバリウム検査実施不可です。

佐久総合病院 人間ドック科
 TEL:0267-82-2688 FAX:0267-82-9928

フリガナ 氏名	性別	生年月日	住所	電話番号	※①健診コース (希望コースに○を記入)				※②追加検査 (①に追加したい検査があれば○を記入)					③オプション検査 (左記検査以外で記入)	希望時期	決定日 <small>※人間ドック科で記載</small>
					基本健診	法定健診	生活習慣病	夜勤者健診	心電図	視力	聴力	胸部写真	眼底	便潜血		
1	男	S・H	〒													
1	女	S・H	〒													
2	男	S・H	〒													
2	女	S・H	〒													
3	男	S・H	〒													
3	女	S・H	〒													
4	男	S・H	〒													
4	女	S・H	〒													
5	男	S・H	〒													
5	女	S・H	〒													
6	男	S・H	〒													
6	女	S・H	〒													
7	男	S・H	〒													
7	女	S・H	〒													
8	男	S・H	〒													
8	女	S・H	〒													
9	男	S・H	〒													
9	女	S・H	〒													
10	男	S・H	〒													
10	女	S・H	〒													

※令和8年度より、新年度の案内・名簿の郵送を取りやめさせていただきます。新年度のお申し込みは、毎年3月の第1営業日からとさせていただきます。
 こちらの申込名簿は佐久総合病院ホームページの人間ドック科のページからダウンロードをお願いします。