

↓TEL済・未のどちらかにチェックしてください

2023.03.03作成(ver.1.2)

健康診断申込用紙

一般財団法人日本予防医学協会附属診療所

ウェルビーイング南森町《予約受付》行

FAX06-6362-1087 (TEL06-6362-9063)

〒530-0047 大阪府大阪市北区西天満5-2-18 三共ビル東館5階

※ FAX送信時は番号に間違いがないかご確認ください！

<input type="checkbox"/>	TEL済	<input type="checkbox"/>	TEL未
--------------------------	------	--------------------------	------



事業所名称			
住所	〒		
ご担当者名	(ご所属)		
連絡先	TEL ()	- FAX ()	-
保険者名称	健康保険組合	記号	

	番号	枝番	漢字氏名 (必須)	カナ氏名 (必須)	性別 (必須)	生年月日 (必須)	希望日①	希望日②	希望日③	本人 家族	健診項目	追加項目	備考
							受付時間	受付時間	受付時間				
記載例	100	00	日予 翔真	ニチヨ ショウマ	男性	1981.1.1	1月1日			本人 配偶者	定期健診 生活習慣	PSA、 腹部エコー	
							9:00			任継 未加入	ドック その他		
1										本人 配偶者	定期健診 生活習慣		
										任継 未加入	ドック その他		
2										本人 配偶者	定期健診 生活習慣		
										任継 未加入	ドック その他		
3										本人 配偶者	定期健診 生活習慣		
										任継 未加入	ドック その他		
4										本人 配偶者	定期健診 生活習慣		
										任継 未加入	ドック その他		
5										本人 配偶者	定期健診 生活習慣		
										任継 未加入	ドック その他		
6										本人 配偶者	定期健診 生活習慣		
										任継 未加入	ドック その他		

■ 時期により受付時間が異なります。詳しくはホームページ (<https://www.jpm1960.org/hp/hp03.html>) 「健診実施日カレンダー」でご確認ください。