

【 事業所・施設用 】 令和8年度 定期健診・企業健診・雇入れ健診等 申込書

事業所住所	〒	850	-	0003	長崎市片淵2-5-1					
フリガナ	サイセイショウカイ				担当者名	済生				
事業所名	済生商会									
電話番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇			F A X 番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇△					
お支払方法	<input type="checkbox"/> 全て、当日支払い <input checked="" type="checkbox"/> 全て後日会社へ請求支払い（振込） <input type="checkbox"/> オプションのみ、当日支払い									
問診送付先	<input type="checkbox"/> 会社担当 <input checked="" type="checkbox"/> 会社本人 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他（備考欄へ記載ください）									
結果郵送先 ※2部まで	会社担当	1	部	会社本人	1	部	自宅	部	その他（備考欄へ記載ください）	部
備考	エクセルで記入の場合、生年月日を入れたら年度年齢が出るようになっています。 手書きの場合は、年度末での年齢を記載ください。									

〈注意事項〉

①この申込書は、**定期健診・企業健診・雇入れ健診等を対象とした申込書**です。
それ以外の方（協会けんぽの生活習慣病予防健診、長崎市がん検診、日帰り人間ドック以外）は、任意の申込書にご記載ください。

②コースの内容は、**当院ホームページに掲載**しておりますので、ご確認ください。

③**指定用紙がある場合は、必ず事前にお申し出ください。**

④胃内視鏡および大腸内視鏡を希望される方で、鎮静を希望される方は備考欄に**「鎮静」**と記載ください。

⑤結果郵送先は複数選択可能で、**併せて2部まで郵送可能**です。

⑥**個人でお申し込みの場合は**、事業者住所等に自宅の情報を記載ください。

センター記載欄	フリガナ		性別	生年月日 (YYYY/M/D)	年度年齢	コース	オプション	受診希望日			備考
	氏名							第一	第二	第三	
	サイセイ	ハナコ	男	1975/4/22	51	A · B · D · E	<input type="checkbox"/> 子宮がん検診 <input type="checkbox"/> 乳がん検診（マンモグラフィ） <input type="checkbox"/> 肺機能検査 <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> 腹部エコー <input type="checkbox"/> 骨密度検査 <input checked="" type="checkbox"/> 胃内視鏡 <input type="checkbox"/> 大腸内視鏡	10/5	10/6	10/8	鎮静 希望
	済生	花子						その他（ ）			
	サイセイ	タロウ	女	1980/6/5	46	A · B · D · E	<input checked="" type="checkbox"/> 子宮がん検診 <input type="checkbox"/> 乳がん検診（マンモグラフィ） <input type="checkbox"/> 肺機能検査 <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> 腹部エコー <input type="checkbox"/> 骨密度検査 <input type="checkbox"/> 胃内視鏡 <input type="checkbox"/> 大腸内視鏡	11/17	11/9	11/2	指定用紙あり
	済生	太郎						その他（ ）			
	サイセイ	イチロウ	男	1994/12/5	32	A · B · D · E	<input type="checkbox"/> 子宮がん検診 <input type="checkbox"/> 乳がん検診（マンモグラフィ） <input type="checkbox"/> 肺機能検査 <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> 腹部エコー <input type="checkbox"/> 骨密度検査 <input type="checkbox"/> 胃内視鏡 <input type="checkbox"/> 大腸内視鏡	4/6	4/13	4/20	月曜日希望 4月が無理であれば5月か6月で 胃バリウム検査希望
	済生	一郎						その他（ ）			
							<input type="checkbox"/> 子宮がん検診 <input type="checkbox"/> 乳がん検診（マンモグラフィ） <input type="checkbox"/> 肺機能検査 <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> 腹部エコー <input type="checkbox"/> 骨密度検査 <input type="checkbox"/> 胃内視鏡 <input type="checkbox"/> 大腸内視鏡				
						その他（ ）					
						A · B · D · E	<input type="checkbox"/> 子宮がん検診 <input type="checkbox"/> 乳がん検診（マンモグラフィ） <input type="checkbox"/> 肺機能検査 <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> 腹部エコー <input type="checkbox"/> 骨密度検査 <input type="checkbox"/> 胃内視鏡 <input type="checkbox"/> 大腸内視鏡				
						その他（ ）					

コースの検査内容は、HPへ掲載しております。
その他のコースを選択する場合は、詳細を備考欄に