

【 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	〒		-					
フリガナ					担当者名			
事業所名								
電話番号				F A X 番号				
お支払方法	<input type="checkbox"/> 全て、当日支払い <input 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 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	部	会社本人	部	自宅	部	その他（備考欄へ記載ください）	部
備考								

（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	
					A ・ B ・ D ・ E その他 ()	<input type="checkbox"/> 子宮がん検診 <input type="checkbox"/> 乳がん検診 (マンモグラフィー) <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				
					A ・ B ・ D ・ E その他 ()	<input type="checkbox"/> 子宮がん検診 <input type="checkbox"/> 乳がん検診 (マンモグラフィー) <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				
					A ・ B ・ D ・ E その他 ()	<input type="checkbox"/> 子宮がん検診 <input type="checkbox"/> 乳がん検診 (マンモグラフィー) <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				
					A ・ B ・ D ・ E その他 ()	<input type="checkbox"/> 子宮がん検診 <input type="checkbox"/> 乳がん検診 (マンモグラフィー) <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				
					A ・ B ・ D ・ E その他 ()	<input type="checkbox"/> 子宮がん検診 <input type="checkbox"/> 乳がん検診 (マンモグラフィー) <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				
					A ・ B ・ D ・ E その他 ()	<input type="checkbox"/> 子宮がん検診 <input type="checkbox"/> 乳がん検診 (マンモグラフィー) <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				

済生会長崎病院 健診センター Mail : kenshin@nsaisei.or.jp または FAX : 095-826-9203 にてお申込みください。