

近畿協 生活習慣病予防健診申込書（大阪鉄商健保用）

記号	フリガナ				担当者			
	事業所名							
	所在地	〒 -			連絡先	電話番号	-	-
						FAX番号	-	-
番号	フリガナ	性別	生年月日	希望受診日	自宅住所・電話番号			
	氏名							
		男・女	昭和・平成 年 月 日	午前・午後	〒 -	電話番号	-	-
		男・女	昭和・平成 年 月 日	午前・午後	〒 -	電話番号	-	-
		男・女	昭和・平成 年 月 日	午前・午後	〒 -	電話番号	-	-
		男・女	昭和・平成 年 月 日	午前・午後	〒 -	電話番号	-	-
		男・女	昭和・平成 年 月 日	午前・午後	〒 -	電話番号	-	-
		男・女	昭和・平成 年 月 日	午前・午後	〒 -	電話番号	-	-
		男・女	昭和・平成 年 月 日	午前・午後	〒 -	電話番号	-	-
		男・女	昭和・平成 年 月 日	午前・午後	〒 -	電話番号	-	-
		男・女	昭和・平成 年 月 日	午前・午後	〒 -	電話番号	-	-
		男・女	昭和・平成 年 月 日	午前・午後	〒 -	電話番号	-	-

希望実施機関	1 近畿健診センター	2 淀川健康管理センター	3 福島健康管理センター
--------	------------	--------------	--------------

※希望受診日を記入し、午前・午後○印を付けてください。

※希望実施機関の番号に○印を付けてください。

※必要事項を記入の上、各実施機関へFAXしてください。

- ・近畿健診センター : 〒530-0047 大阪市北区西天満5-9-3 アールビル本館2F TEL 06-6365-1655 FAX 06-6365-1645
- ・淀川健康管理センター: 〒532-0024 大阪市淀川区十三本町1-1-9 TEL 06-6303-7281 FAX 06-6303-7284
- ・福島健康管理センター: 〒553-0004 大阪市福島区玉川2-12-16 TEL 06-6441-6848 FAX 06-6441-6074

近畿協 人間ドック申込書（大阪鉄商健保用）

記号	フリガナ				担当者			
	事業所名							
	所在地	〒 -			連絡先	電話番号	-	-
						FAX番号	-	-
番号	フリガナ	性別	生年月日	希望受診日	自宅住所・電話番号			
	氏名							
		男・女	昭和・平成 年 月 日	／ 午前・午後	〒 -	電話番号	-	-
		男・女	昭和・平成 年 月 日	／ 午前・午後	〒 -	電話番号	-	-
		男・女	昭和・平成 年 月 日	／ 午前・午後	〒 -	電話番号	-	-
		男・女	昭和・平成 年 月 日	／ 午前・午後	〒 -	電話番号	-	-
		男・女	昭和・平成 年 月 日	／ 午前・午後	〒 -	電話番号	-	-
		男・女	昭和・平成 年 月 日	／ 午前・午後	〒 -	電話番号	-	-
		男・女	昭和・平成 年 月 日	／ 午前・午後	〒 -	電話番号	-	-
		男・女	昭和・平成 年 月 日	／ 午前・午後	〒 -	電話番号	-	-
		男・女	昭和・平成 年 月 日	／ 午前・午後	〒 -	電話番号	-	-
		男・女	昭和・平成 年 月 日	／ 午前・午後	〒 -	電話番号	-	-

希望実施機関	1 近畿健診センター	2 淀川健康管理センター	3 福島健康管理センター
--------	------------	--------------	--------------

※希望受診日を記入し、午前・午後には○印を付けてください。

※希望実施機関の番号に○印を付けてください。

※必要事項を記入の上、各実施機関へFAXしてください。

- ・近畿健診センター : 〒530-0047 大阪市北区西天満5-9-3 アールビル本館2F TEL 06-6365-1655 FAX 06-6365-1645
- ・淀川健康管理センター: 〒532-0024 大阪市淀川区十三本町1-1-9 TEL 06-6303-7281 FAX 06-6303-7284
- ・福島健康管理センター: 〒553-0004 大阪市福島区玉川2-12-16 TEL 06-6441-6848 FAX 06-6441-6074