

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○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