

健康診断申込書 (FAX 022-225-8495)

貴事業所名	様		
貴事業所所在地	〒		
電話番号 / FAX	電話番号 ()	FAX ()	
ご請求先 (上記事業所と違う場合記入下さい)	事業所名	所在地	
	電話番号 ()	FAX ()	
ご担当者名	様		
健康診断希望日程	年 月 日		
健診の種類および受診予定者数 各健診の詳細は、「健診ご案内」をご参照下さい。	① 定期健康診断 (法定健診項目)		名
	② 生活習慣病予防健診 (協会けんぽ) 35歳以上		名
	③ 生活習慣病予防健診 付加健診 (協会けんぽ) 40歳、45歳、50歳、55歳、60歳、65歳、70歳		名
	④ その他 [名
	⑤ その他 [名
	⑥ その他 [名
	⑦ その他 [名
	[ご要望等]		
結果報告について必ずチェックして下さい。	<input type="checkbox"/> ①事業所へは法定健診項目の通知のみでよい。 <input type="checkbox"/> ②事業所へは法定健診項目の他、()の結果も通知してほしい。 <input type="checkbox"/> ③事業所へは法定外項目も含めて全ての健診結果を通知してほしい。 ★②③をご要望の事業所様へ…個人情報保護法への対応上、法定外項目結果を受診者以外に通知するにあたっては、受診者本人の同意が必要です。貴事業所での対応について確認の上、以下にご署名願います。 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> 事業所の責任において、事業所が法定外健診項目の結果通知を受けることについて、当該受診者へ説明し、同意を得ていることを誓約致します。 事業所名 _____ 責任者名 _____ 印 </div>		
その他ご要望等			
料金お支払い方法	一括請求 (宛名: 会社 ・ 他 個別支払い・その他 (

(公財) 宮城厚生協会 仙台錦町診療所
 〒980-0011 仙台市青葉区上杉3丁目2-28 アクス上杉ビル3階
 TEL : 022-222-7997 FAX : 022-225-8495