

## 健康診断申込書(FAXにてご返送下さい)

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		
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) 35歳未満	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) (協会けんぽ) 40歳 50歳	名
	④	名
	⑤ その他 [ ]	名
	⑥ その他 [ ]	名
	⑦ その他 [ ]	名
	⑧ その他 [ ]	名
	[ご要望等]	
結果報告について <u>必ずチェック して下さい。</u>	<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事業所へは法定検診項目の他、( )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いたします。                      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