

令和 4 年 月 日

## 令和 4 年度 健康診断申込書

成田商工会議所 御中

事業所在地 〒 ー 成田市

事業所名 TEL ー ー

代表者名 従業員数 名

業種 商業・工業・サービス業・建設業

注：FAXにてお申込みの際は、お手数ではございますがFAX後、  
成田商工会議所事務局に電話連絡をお願い申し上げます。

\*健診希望日およびコースに○を付けて下さい。

健診日：11月10日(木)・11日(金)

| No. | カナ       | 氏名    | 性別 | 生年月日       | 健診希望日 |    | 希望<br>時間 | コース |   | オプション |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  |
|-----|----------|-------|----|------------|-------|----|----------|-----|---|-------|---|---|---|---|---|---|---|--|--|--|--|
|     |          |       |    |            |       |    |          | A   | B | C     | D | E | F | G | H | I | J |  |  |  |  |
| 例   | ケンコウ タロウ | 健康 太郎 | 男  | 1970/12/10 | 10    | 11 | キ        | ○   |   |       |   | ○ |   |   | ○ |   | ○ |  |  |  |  |
| 1   |          |       |    |            | 10    | 11 |          |     |   |       |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  |
| 2   |          |       |    |            | 10    | 11 |          |     |   |       |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  |
| 3   |          |       |    |            | 10    | 11 |          |     |   |       |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  |
| 4   |          |       |    |            | 10    | 11 |          |     |   |       |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  |
| 5   |          |       |    |            | 10    | 11 |          |     |   |       |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  |
| 6   |          |       |    |            | 10    | 11 |          |     |   |       |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  |
| 7   |          |       |    |            | 10    | 11 |          |     |   |       |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  |
| 8   |          |       |    |            | 10    | 11 |          |     |   |       |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  |
| 9   |          |       |    |            | 10    | 11 |          |     |   |       |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  |
| 10  |          |       |    |            | 10    | 11 |          |     |   |       |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  |

希望時間については下記よりお選び頂き記号でご記入ください

(朝の時間帯は大変混み合いますので、三密を避けるため分散しての受診のご協力をお願い致します)

|   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |
|---|--------|---|--------|---|--------|---|--------|---|--------|---|--------|
| ア | 9時00分  | イ | 9時30分  | ウ | 10時00分 | エ | 10時30分 | オ | 11時00分 | カ | 11時30分 |
| キ | 13時00分 | ク | 13時30分 | ケ | 14時00分 | コ | 14時30分 |   |        |   |        |

※予約状況によっては日時の変更をお願いする場合があります。

\*本申込書にご記入頂いた個人情報につきましては、受診票・結果作成、案内郵送の目的のみ使用致します。  
個人情報の取り扱いには細心の注意を払い漏洩無きよう管理致します。

&lt;申込締切&gt;

令和 4 年 10 月 14 日(金)まで。

&lt;申込先&gt;

|            |                  |
|------------|------------------|
| 成田商工会議所事務局 | FAX 0476-22-2107 |
|            | TEL 0476-22-2101 |

&lt;お支払い方法&gt;

振込 (健診終了後、成田商工会議所より請求書をお送りさせていただきます。)

&lt;健診実施医療機関名&gt;

一般社団法人 日本健康倶楽部 千葉支部

佐倉市井野1479番地 TEL:043-310-7882

|   |                        |
|---|------------------------|
| A | 定期健康診断コース              |
| B | 生活習慣病コース               |
| C | 子宮頸部細胞診(自己採取)※女性       |
| D | C型肝炎ウイルス検査(HCV抗体)      |
| E | PSA(血液による腫瘍マーカー)※男性    |
| F | CA15-3(血液による腫瘍マーカー)※女性 |
| G | CA125(血液による腫瘍マーカー)※女性  |
| H | AFP(血液による腫瘍マーカー)       |
| I | CA19-9(血液による腫瘍マーカー)    |
| J | インフルエンザワクチン接種          |