

## 事業所健診 受付名簿

① 事業所名

③ 住 所

受付時間 :

② ご担当者

④ 電 話

No.	氏名		性別	コース 雇入時・A or B <small>税込 (9,900円) ・ (5,500円)</small>	希望月日	オプション検査(希望する項目に○をしてください) ※オプション検査はAコースに追加することができます。(血液検査BはBコースのみ追加可能)					備考
	カナ 氏名	漢字 氏名				生年月日	胃部X線	眼底	乳房視診・触診	乳がんマンモグラフィ	
1	S・H.		男・女	雇入時・A・B	/	胃部X線 婦人科セット(子宮頸がん+経膈超音波) 骨密度 ②○-157	眼底 便潜血 ③チフス・パラチフス・ヒブリオ	乳房視診・触診 HPV検査 便細菌 (番号を選択 複数選択可) ※①申込で追加可能	乳がんマンモグラフィ 血液A ①赤痢・サルモネラ HbA1c	子宮がん 血液B	
2	S・H.		男・女	雇入時・A・B	/	胃部X線 婦人科セット(子宮頸がん+経膈超音波) 骨密度 ②○-157	眼底 便潜血 ③チフス・パラチフス・ヒブリオ	乳房視診・触診 HPV検査 便細菌 (番号を選択 複数選択可) ※①申込で追加可能	乳がんマンモグラフィ 血液A ①赤痢・サルモネラ HbA1c	子宮がん 血液B	
3	S・H.		男・女	雇入時・A・B	/	胃部X線 婦人科セット(子宮頸がん+経膈超音波) 骨密度 ②○-157	眼底 便潜血 ③チフス・パラチフス・ヒブリオ	乳房視診・触診 HPV検査 便細菌 (番号を選択 複数選択可) ※①申込で追加可能	乳がんマンモグラフィ 血液A ①赤痢・サルモネラ HbA1c	子宮がん 血液B	
4	S・H.		男・女	雇入時・A・B	/	胃部X線 婦人科セット(子宮頸がん+経膈超音波) 骨密度 ②○-157	眼底 便潜血 ③チフス・パラチフス・ヒブリオ	乳房視診・触診 HPV検査 便細菌 (番号を選択 複数選択可) ※①申込で追加可能	乳がんマンモグラフィ 血液A ①赤痢・サルモネラ HbA1c	子宮がん 血液B	
5	S・H.		男・女	雇入時・A・B	/	胃部X線 婦人科セット(子宮頸がん+経膈超音波) 骨密度 ②○-157	眼底 便潜血 ③チフス・パラチフス・ヒブリオ	乳房視診・触診 HPV検査 便細菌 (番号を選択 複数選択可) ※①申込で追加可能	乳がんマンモグラフィ 血液A ①赤痢・サルモネラ HbA1c	子宮がん 血液B	
6	S・H.		男・女	雇入時・A・B	/	胃部X線 婦人科セット(子宮頸がん+経膈超音波) 骨密度 ②○-157	眼底 便潜血 ③チフス・パラチフス・ヒブリオ	乳房視診・触診 HPV検査 便細菌 (番号を選択 複数選択可) ※①申込で追加可能	乳がんマンモグラフィ 血液A ①赤痢・サルモネラ HbA1c	子宮がん 血液B	
7	S・H.		男・女	雇入時・A・B	/	胃部X線 婦人科セット(子宮頸がん+経膈超音波) 骨密度 ②○-157	眼底 便潜血 ③チフス・パラチフス・ヒブリオ	乳房視診・触診 HPV検査 便細菌 (番号を選択 複数選択可) ※①申込で追加可能	乳がんマンモグラフィ 血液A ①赤痢・サルモネラ HbA1c	子宮がん 血液B	
8	S・H.		男・女	雇入時・A・B	/	胃部X線 婦人科セット(子宮頸がん+経膈超音波) 骨密度 ②○-157	眼底 便潜血 ③チフス・パラチフス・ヒブリオ	乳房視診・触診 HPV検査 便細菌 (番号を選択 複数選択可) ※①申込で追加可能	乳がんマンモグラフィ 血液A ①赤痢・サルモネラ HbA1c	子宮がん 血液B	

必要事項をご記入の上、FAXして下さい。(FAX 0466-88-7308)  
 (前回の受診日から氏名に変更がある方は備考欄にその旨をご記入ください。)  
 藤沢市保健医療センター 検診受付 TEL 0466-88-7305

保健医療センター記入欄						
<input type="checkbox"/> 氏名	<input type="checkbox"/> 生年月日	<input type="checkbox"/> 性別	<input type="checkbox"/> 受診日	<input type="checkbox"/> コース	<input type="checkbox"/> 時間	<input type="checkbox"/> オプション
<input type="checkbox"/> 備考	<input type="checkbox"/> 送付先	<input type="checkbox"/> 送付件数(封筒)	発送日:		担当:	