



【FAX】 04-7124-7017



医療法人徳洲会 野田総合病院健診センター

各種健診お申込書

お申し込み日	令和 年 月 日		
ふりがな			性別
氏名			男 ・ 女
生年月日	昭和 平成 年 月 日		
郵便番号	〒		
住所			
健康保険組合名称			本人 ・ 家族
勤務先名称			
日中連絡先	【TEL】 — —		
受診希望日	第1候補日	令和	年 月 日
	第2候補日	令和	年 月 日
	第3候補日	令和	年 月 日
受診希望コース	健康診断	<input type="checkbox"/> 雇入れ時健康診断	
		<input type="checkbox"/> 定期健康診断	
		<input type="checkbox"/> 特定業務従事者健康診断	
		<input type="checkbox"/> 特定健康診査（メタボ健診）	
		<input type="checkbox"/> 特殊健康診断	
		詳細：	

※この用紙をご記入の上、野田総合病院健診センターへ ご返送下さい。

野田総合病院健診センター 【FAX】 04-7124-7017

【TEL】 04-7124-7427

〒278-8501 千葉県野田市横内29-1 （郵送の場合必ず部署【健診センター】をご記入下さい。）