

令和7年度健康診断申込書

郵便番号 〒

住 所

事業所名

TEL:

FAX:

ご担当者

受付連絡

要 ・ 不要

○をつけてください

健診項目

【一般健康診断】
[¥8,800/税込]○身長、体重、腹囲、視力、聴力 ○胸部X線
○血圧測定 ○尿検査(糖・蛋白) ○医師による聴打診
○貧血・肝機能・血中脂質・血糖
○安静時心電図

受診予定者、必要事項をご記入のうえ、FAXをお願い致します。

番号	氏 名	フリガナ	性別	生 年 月 日	受診票 の有無	オプション検査 (別紙参照:番号記載)	受診希望日・場所 (A～Fの中からお 選びください)
1			男 女	S H	有 無		A B C D E F
2			男 女	S H	有 無		A B C D E F
3			男 女	S H	有 無		A B C D E F
4			男 女	S H	有 無		A B C D E F
5			男 女	S H	有 無		A B C D E F
6			男 女	S H	有 無		A B C D E F
7			男 女	S H	有 無		A B C D E F
8			男 女	S H	有 無		A B C D E F
9			男 女	S H	有 無		A B C D E F
10			男 女	S H	有 無		A B C D E F

受診希望場所は下記一覧表のアルファベットを記載してください。

受診日	番号	受診場所	番号	受診場所
7月28日(月)	A	9:30～ 赤磐商工会赤坂支所	B	13:00～ 山陽産業会館
7月29日(火)	C	9:30～ 山陽産業会館(2回目)		
7月30日(水)	D	10:00～ 赤磐市熊山支所	E	13:00～ 赤磐商工会瀬戸支所
7月31日(木)	F	9:00～ 赤磐商工会吉井支所		

※日時は申込み状況により変更をお願いする場合があります。ご理解、ご協力をお願いします。

※受診者多数の場合はコピーしてご使用ください。

※当日はマスクのご着用をお願いいたします。