**２０２３年度　秋期定期健康診断申込書**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 貴 社 名 |  | ご担当者  氏名 |  | 会員  区分 | 会員  会員の方は○を付けて下さい。 |
| 貴　 社  所在地 | 〒 | TEL | - | FAX | - |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受付時間  多摩健康管理センター | ８：３０ | ９：００ | ９：３０ | １０：００ | １０：３０ | １１：００ | １１:３０ | １３:３０ | １４:００ | １４:３０ |
| ★♥10月2３日(月) | 男性 | 男性 | 男性 | 男性 | 女性 | 女性 | 女性 | 混合 | 混合 | 混合 |
| 10月24日(火) | 男性 | 男性 | 男性 | 男性 | 男性 | 男性 | 男性 | 混合 | 混合 | 混合 |
| 10月25日(水) | 女性 | 女性 | 女性 | 女性 | 女性 | 女性 | 女性 | 混合 | 混合 | 混合 |
| 10月３０日(月) | 男性 | 男性 | 男性 | 男性 | 男性 | 男性 | 男性 | 混合 | 混合 | 混合 |
| 10月３１日(火) | 男性 | 男性 | 男性 | 男性 | 女性 | 女性 | 女性 | 混合 | 混合 | 混合 |

基本コース　・　オプション注釈

**【Ａ１】**簡易健診 **【Ａ２】**簡易健診+血液検査 **【Ｂ】**生活習慣病予防健診　**【総合】**人間ドック　★の日・午前中のみ

【 胃 部 】 バリウム飲むレントゲン検査です　午前中のみ 【眼　底】 眼底検査　★の日・午前中のみ

【 大 腸 】 大腸がん検査：自己採取法　　　　　　　　　　　　　【乳エコ】 乳がん：ｴｺｰ（超音波)検査 ♥の日・午前中のみ

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | ﾌ　ﾘ　ｶﾞ　ﾅ | 性  別 | 生年月日 | 受診を希望される  **基本コース**と**オプション**に  **〇**をつけてください | 希望日・希望受付時間  ※第３希望までご記入ください | | |
| 氏　　名 |
| 第1希望 | 第2希望 | 第3希望 |
| 1 |  | 男  女 | 西 暦  年  　　月 　　　日 | **A1 ・ A2 ・ B ・ 総合**  胃部 ・ 眼底 ・ 大腸  前立腺 ・ 乳エコ | 月　　　日  受付時間  (　　　　　 　　) | 月　　　日  受付時間  (　　　　　 　　) | 月　　　日  受付時間  (　　　　　 　　) |
|  |
| 2 |  | 男  女 | 西 暦  年  　　月 　　　日 | **A1 ・ A2 ・ B ・ 総合**  胃部 ・ 眼底 ・ 大腸  前立腺 ・ 乳エコ | 月　　　日  受付時間  (　　　　　 　　) | 月　　　日  受付時間  (　　　　　 　　) | 月　　　日  受付時間  (　　　　　 　　) |
|  |
| 3 |  | 男  女 | 西 暦  年  　　月 　　　日 | **A1 ・ A2 ・ B ・ 総合**  胃部 ・ 眼底 ・ 大腸  前立腺 ・ 乳エコ | 月　　　日  受付時間  (　　　　　 　　) | 月　　　日  受付時間  (　　　　　 　　) | 月　　　日  受付時間  (　　　　　 　　) |
|  |
| 4 |  | 男  女 | 西 暦  年  　　月 　　　日 | **A1 ・ A2 ・ B ・ 総合**  胃部 ・ 眼底 ・ 大腸  前立腺 ・ 乳エコ | 月　　　日  受付時間  (　　　　　 　　) | 月　　　日  受付時間  (　　　　　 　　) | 月　　　日  受付時間  (　　　　　 　　) |
|  |
| 5 |  | 男  女 | 西 暦  年  　　月 　　　日 | **A1 ・ A2 ・ B ・ 総合**  胃部 ・ 眼底 ・ 大腸  前立腺 ・ 乳エコ | 月　　　日  受付時間  (　　　　　 　　) | 月　　　日  受付時間  (　　　　　 　　) | 月　　　日  受付時間  (　　　　　 　　) |

**２０２３年度秋期定期健康診断申込書**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 貴 社 名 |  | ご担当者  氏名 |  | 会員  区分 | 会員  会員の方は○を付けて下さい。 |
| 貴　 社  所在地 | 〒 | TEL | - | FAX | - |

基本コース　・　オプション注釈

**【Ａ１】**簡易健診 **【Ａ２】**簡易健診+血液検査 **【Ｂ】**生活習慣病予防健診　**【総合】**人間ドック　★の日・午前中のみ

【 胃 部 】バリウム飲むレントゲン検査です　午前中のみ 　【眼　底】眼底検査　★の日・午前中のみ

【 大 腸 】大腸がん検査：自己採取法　　　　　　　　　　　 　　　【 乳エコ】 乳がん：ｴｺｰ（超音波)検査　♥の日・午前中のみ

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | ﾌ　ﾘ　ｶﾞ　ﾅ | 性  別 | 生年月日 | 受診を希望される  **基本コース**と**オプション**に  **〇**をつけてください | 希望日・希望受付時間  ※第３希望までご記入ください | | |
| 氏　　名 |
| 第1希望 | 第2希望 | 第3希望 |
| 1 |  | 男  女 | 西 暦  年  　　月 　　　日 | **A1 ・ A2 ・ B ・ 総合**  胃部 ・ 眼底 ・ 大腸  前立腺 ・ 乳エコ | 月　　　日  受付時間  (　　　　　 　　) | 月　　　日  受付時間  (　　　　　 　　) | 月　　　日  受付時間  (　　　　　 　　) |
|  |
| 2 |  | 男  女 | 西 暦  年  　　月 　　　日 | **A1 ・ A2 ・ B ・ 総合**  胃部 ・ 眼底 ・ 大腸  前立腺 ・ 乳エコ | 月　　　日  受付時間  (　　　　　 　　) | 月　　　日  受付時間  (　　　　　 　　) | 月　　　日  受付時間  (　　　　　 　　) |
|  |
| 3 |  | 男  女 | 西 暦  年  　　月 　　　日 | **A1 ・ A2 ・ B ・ 総合**  胃部 ・ 眼底 ・ 大腸  前立腺 ・ 乳エコ | 月　　　日  受付時間  (　　　　　 　　) | 月　　　日  受付時間  (　　　　　 　　) | 月　　　日  受付時間  (　　　　　 　　) |
|  |
| 4 |  | 男  女 | 西 暦  年  　　月 　　　日 | **A1 ・ A2 ・ B ・ 総合**  胃部 ・ 眼底 ・ 大腸  前立腺 ・ 乳エコ | 月　　　日  受付時間  (　　　　　 　　) | 月　　　日  受付時間  (　　　　　 　　) | 月　　　日  受付時間  (　　　　　 　　) |
|  |
| 5 |  | 男  女 | 西 暦  年  　　月 　　　日 | **A1 ・ A2 ・ B ・ 総合**  胃部 ・ 眼底 ・ 大腸  前立腺 ・ 乳エコ | 月　　　日  受付時間  (　　　　　 　　) | 月　　　日  受付時間  (　　　　　 　　) | 月　　　日  受付時間  (　　　　　 　　) |
|  |
| 6 |  | 男  女 | 西 暦  年  　　月 　　　日 | **A1 ・ A2 ・ B ・ 総合**  胃部 ・ 眼底 ・ 大腸  前立腺 ・ 乳エコ | 月　　　日  受付時間  (　　　　　 　　) | 月　　　日  受付時間  (　　　　　 　　) | 月　　　日  受付時間  (　　　　　 　　) |
|  |
| 7 |  | 男  女 | 西 暦  年  　　月 　　　日 | **A1 ・ A2 ・ B ・ 総合**  胃部 ・ 眼底 ・ 大腸  前立腺 ・ 乳エコ | 月　　　日  受付時間  (　　　　　 　　) | 月　　　日  受付時間  (　　　　　 　　) | 月　　　日  受付時間  (　　　　　 　　) |
|  |
| 8 |  | 男  女 | 西 暦  年  　　月 　　　日 | **A1 ・ A2 ・ B ・ 総合**  胃部 ・ 眼底 ・ 大腸  前立腺 ・ 乳エコ | 月　　　日  受付時間  (　　　　　 　　) | 月　　　日  受付時間  (　　　　　 　　) | 月　　　日  受付時間  (　　　　　 　　) |
|  |
| 9 |  | 男  女 | 西 暦  年  　　月 　　　日 | **A1 ・ A2 ・ B ・ 総合**  胃部 ・ 眼底 ・ 大腸  前立腺 ・ 乳エコ | 月　　　日  受付時間  (　　　　　 　　) | 月　　　日  受付時間  (　　　　　 　　) | 月　　　日  受付時間  (　　　　　 　　) |
|  |
| 10 |  | 男  女 | 西 暦  年  　　月 　　　日 | **A1 ・ A2 ・ B ・ 総合**  胃部 ・ 眼底 ・ 大腸  前立腺 ・ 乳エコ | 月　　　日  受付時間  (　　　　　 　　) | 月　　　日  受付時間  (　　　　　 　　) | 月　　　日  受付時間  (　　　　　 　　) |
|  |

**※申込者が多く上欄に記入できない場合は、コピー、または　本商工会議所HPから印刷して使用して下さい。**

**※頂いた情報は、健診に伴う処理及び統計分析・翌年の継続的受診案内等以外に使用することはございません。**