

【FAX送信用】出張健康診断(30名以上)問合わせシート

FAX : 076-238-9207 ご提出日 年 月 日

お客様企業名		ご担当者名		部署名		
TEL		FAX				
Email						
ご住所 〒 -				現在ご加入の健康保険組合名		
定期健康診断 受診対象者数	年齢 区分		男性	女性	合計	現在の受診医療機関 ※お差支えがなければご記入ください。
	①	協会けんぽ補助対象35歳以上	名	名	名	
		補助対象外34歳以下	名	名	名	
※ご記入可能な範囲で結構です。		②	労安法健診対象者	名	名	名

■今回、予定されている「健康診断」について教えてください。

定期健康診断 協会けんぽ補助対象健診 女性がん検診（乳がん・子宮頸がん）

施設入所者検診（結核検査・採血検査）

■健康診断実施（予定）について教えてください。

 年 月 日 頃

■巡回健診（長さ7m~10m、幅2.1m~2.5m、高さ3.0m~3.6m）の駐車スペース

あり なし

■巡回健診をご依頼の際、ご希望がございましたら記入ください。

検査項目（オプション項目含む）について質問したい。

見積もりがほしい。

ご質問・ご要望をご記入ください



公益財団法人石川県成人病予防センター

TEL : 076-237-6262 【平日9:00~17:00】