

## 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 (11,000円) ・ (6,050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	便潜血	
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 ④赤痢・サルモネラ・O-157・チフス・パラチフス・ヒブリオ	眼底 HPV検査 便細菌 (番号を選択) ①赤痢・サルモネラ ②O-157 ③赤痢・サルモネラ・O-157	便潜血	血液A 血液B HbA1c	
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 ④赤痢・サルモネラ・O-157・チフス・パラチフス・ヒブリオ	眼底 HPV検査 便細菌 (番号を選択) ①赤痢・サルモネラ ②O-157 ③赤痢・サルモネラ・O-157	便潜血	血液A 血液B HbA1c	
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 ④赤痢・サルモネラ・O-157・チフス・パラチフス・ヒブリオ	眼底 HPV検査 便細菌 (番号を選択) ①赤痢・サルモネラ ②O-157 ③赤痢・サルモネラ・O-157	便潜血	血液A 血液B HbA1c	
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 ④赤痢・サルモネラ・O-157・チフス・パラチフス・ヒブリオ	眼底 HPV検査 便細菌 (番号を選択) ①赤痢・サルモネラ ②O-157 ③赤痢・サルモネラ・O-157	便潜血	血液A 血液B HbA1c	
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 ④赤痢・サルモネラ・O-157・チフス・パラチフス・ヒブリオ	眼底 HPV検査 便細菌 (番号を選択) ①赤痢・サルモネラ ②O-157 ③赤痢・サルモネラ・O-157	便潜血	血液A 血液B HbA1c	
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 ④赤痢・サルモネラ・O-157・チフス・パラチフス・ヒブリオ	眼底 HPV検査 便細菌 (番号を選択) ①赤痢・サルモネラ ②O-157 ③赤痢・サルモネラ・O-157	便潜血	血液A 血液B HbA1c	
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 ④赤痢・サルモネラ・O-157・チフス・パラチフス・ヒブリオ	眼底 HPV検査 便細菌 (番号を選択) ①赤痢・サルモネラ ②O-157 ③赤痢・サルモネラ・O-157	便潜血	血液A 血液B HbA1c	
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 ④赤痢・サルモネラ・O-157・チフス・パラチフス・ヒブリオ	眼底 HPV検査 便細菌 (番号を選択) ①赤痢・サルモネラ ②O-157 ③赤痢・サルモネラ・O-157	便潜血	血液A 血液B HbA1c	

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:		