

## 定期健康診断(Aコース)申込書

企業番号		企業名						
所在地		〒			担当者			
TEL		FAX		希望する健診月	月	*印は医療機関の記入欄です。		
No.	個人番号	氏名(フリガナも必ずご記入ください)	性別	生年月日	* 受診日	備考		
1				. .	. .			
2				. .	. .			
3				. .	. .			
4				. .	. .			
5				. .	. .			
6				. .	. .			
7				. .	. .			
8				. .	. .			
9				. .	. .			
10				. .	. .			
指定医療機関 希望機関に○をつけてください。			申込者合計 _____ 名			*受診者数		
1 京都鞍馬口医療センター 2 うずまさ診療所 3 大澤クリニック 4 中央診療所 5 京都工場保健会 6 京都予防医学センター 7 大和健診センター 8 京都四条診療所 9 武田病院健診センター 10 鳥羽健診クリニック 11 京都市城南診療所 12 大島病院 13 音羽病院 14 京都きづ川病院 15 山科武田ラクト健診センター 16 柳馬場武田クリニック 17 同仁会クリニック/京都九条病院 18 京都微生物研究所 19 ほうゆう病院			KPC 補助金			申 込 済	申 込 者 数	
			会 員 : 1000 円 × _____ 名 = _____ 円				未 受 診 者 数	
			会 員 外 : _____ 名				受 診 者 数	
			KPC 補助金 _____ 円			申 込 外 受 診 者 数		
						合 計		
<b>健康診断の項目[Bコースに加えて]</b> 貧血検査(血色素量、赤血球数)・肝機能検査・血中脂質検査・血糖・心電図検査・聴力検査(オーディオメーター)・特定健康診査								
<b>お願い</b> ○お申込みいただいた方は、極力お早めに受診してください。 ○受診者はできるだけ50音順にご記入いただきますようお願いいたします。								
締切日 平成 29 年 12 月末								

## 定期健康診断(B コース)申込書

企業番号		企業名					
所在地		〒		担当者			
TEL		FAX		希望する健診月		月	
*印は医療機関の記入欄です。							
No.	個人番号	氏名(フリガナも必ずご記入ください)		性別	生年月日	* 受診日	備考
1					. .	. .	
2					. .	. .	
3					. .	. .	
4					. .	. .	
5					. .	. .	
6					. .	. .	
7					. .	. .	
8					. .	. .	
9					. .	. .	
10					. .	. .	
指定医療機関 希望機関に○をつけてください。				申込者合計 _____ 名		*受診者数	
1 京都鞍馬口医療センター 2 うずまさ診療所 3 大澤クリニック 4 中央診療所 5 京都工場保健会 6 京都予防医学センター 7 大和健診センター 8 京都四条診療所 9 武田病院健診センター 10 鳥羽健診クリニック 11 京都市城南診療所 12 大島病院 13 音羽病院 14 京都きづ川病院 15 山科武田ラクト健診センター 16 柳馬場武田クリニック 17 同仁会クリニック/京都九条病院 18 京都微生物研究所 19 ほうゆう病院				KPC 補助金		申 込 済	申 込 者 数
				会 員 : 500 円 × _____ 名 = _____ 円			未 受 診 者 数
				会 員 外 : _____ 名			受 診 者 数
				KPC 補助金 _____ 円		申 込 外 受 診 者 数	
						合 計	
<b>健康診断の項目</b> 胸部 X 線撮影・尿検査・血圧・身長・体重・視力・聴力・問診(医師の判断により A コースを受診していただくことがあります)							
<b>お願い</b> ○お申込みいただいた方は、極力お早めに受診してください。 ○受診者はできるだけ 50 音順にご記入いただきますようお願いいたします。							
締切日 平成 29 年 12 月末							