

定期健康診断(A コース ・ B コース)補助申込書

お申込日 年 月 日

企業番号		企業名							
所在地		〒			担当者				
TEL					希望する健診月		月		
No.	個人番号	氏名(フリガナもご記入ください)	コース	性別	生年月日		備考		
1			A ・ B		. .				
2			A ・ B		. .				
3			A ・ B		. .				
4			A ・ B		. .				
5			A ・ B		. .				
6			A ・ B		. .				
7			A ・ B		. .				
8			A ・ B		. .				
9			A ・ B		. .				
10			A ・ B		. .				
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						
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 洛和会音羽病院 ・洛和会東寺南クリニック 14 京都きづ川病院 15 柳馬場武田クリニック 16 同仁会クリニック/京都九条病院 17 京都微生物研究所 18 西大路病院 19 浜田会洛北病院 20 六地蔵総合病院 21 くみやま岡本病院 健診センター 22 社会(医)西陣健康会堀川病院			内 訳						
			会 員 : _____ 名						
			A コース 1 名につき 1000 円補助 B コース 1 名につき 500 円補助						
			健康診断の項目 (A コース) 診察・問診・胸部 X 線撮影・尿検査・血圧・身長・体重・視力・聴力・貧血検査(血色素量、赤血球数)・肝機能検査・腹囲 血中脂質検査・血糖・心電図検査・聴力検査 (B コース) 診察・問診・胸部 X 線撮影・尿検査・血圧・身長・体重・視力・聴力 (産業医等の指導がない場合は A コースの受診をお勧めします。)						
			お願い ○必ず受診前に KPC までお申込ください。 ○申込期限、受診期限を過ぎる場合は、KPC にお問合せ下さい。						