

# 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	
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			
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 14 京都きづ川病院 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(医)西大路病院 20(医)浜田会 洛北病院 21 徳洲会六地藏総合病院 22 くみやま岡本病院 健診センター			KPC 補助金			
			会 員 : 1000 円 × _____ 名 = _____ 円			
			<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(オージオメーター)・特定健康診査			

## 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			
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 14 京都きづ川病院 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(医)西大路病院 20(医)浜田会 洛北病院 21(医)徳洲会六地藏総合病院 22 くみやま岡本病院 健診センター			KPC 補助金			
			会 員 : 500 円 ×      名 =      円			
			<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)			