

〈令和4年度〉

## 社員採用時健診申込書(出版健保健康管理センター)

※受診希望日の前日15時までに申込書をFAXしてください。

申込日 令和 年 月 日

事業所記号				
事業所名				
担当者名 連絡先		TEL		
	希望日	フリガナ 受診者氏名	性別	生年月日
1	/ ( )	.....	男・女	昭・平 年 月 日
2	/ ( )	.....	男・女	昭・平 年 月 日
3	/ ( )	.....	男・女	昭・平 年 月 日
4	/ ( )	.....	男・女	昭・平 年 月 日
5	/ ( )	.....	男・女	昭・平 年 月 日
6	/ ( )	.....	男・女	昭・平 年 月 日
7	/ ( )	.....	男・女	昭・平 年 月 日
8	/ ( )	.....	男・女	昭・平 年 月 日
9	/ ( )	.....	男・女	昭・平 年 月 日
10	/ ( )	.....	男・女	昭・平 年 月 日

切り取ってください

※健診日時は毎週月曜日から金曜日の午前11時から実施します(場所:出版健保会館5階健診フロア)。

※決定日は担当者様に連絡させていただきます。

受診者の注意事項

前日の夕食は午後9時までに済ませ、それ以降の飲食(水・白湯は可)は避けてください。

検査当日は朝食、その他の飲食はしないでください(水・白湯・薬は可)。

また、眼鏡及びコンタクトレンズをお持ちの方は必ずご持参ください。

マスクをご持参のうえ着用をお願いします。

出版健康保険組合 健康管理課  
〒101-8304 東京都千代田区神田駿河台1-7  
TEL:03-3292-5091 FAX:03-3292-4120