

〈令和3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