

近畿協 生活習慣病予防健診申込書 (大阪鉄商健保用)

被保険証記号	フリガナ				ご担当者	
	事業所名					
	所在地	〒 -			ご連絡先	電話番号: - - FAX番号: - -
被保険証 番号	フリガナ	性別	生年月日	希望受診日	ご自宅住所・ご自宅電話番号	
	氏名					
		男・女	T・S・H 年 月 日	/ AM・PM	〒 - TEL: - -	
		男・女	T・S・H 年 月 日	/ AM・PM	〒 - TEL: - -	
		男・女	T・S・H 年 月 日	/ AM・PM	〒 - TEL: - -	
		男・女	T・S・H 年 月 日	/ AM・PM	〒 - TEL: - -	
		男・女	T・S・H 年 月 日	/ AM・PM	〒 - TEL: - -	
		男・女	T・S・H 年 月 日	/ AM・PM	〒 - TEL: - -	
		男・女	T・S・H 年 月 日	/ AM・PM	〒 - TEL: - -	
		男・女	T・S・H 年 月 日	/ AM・PM	〒 - TEL: - -	
		男・女	T・S・H 年 月 日	/ AM・PM	〒 - TEL: - -	
		男・女	T・S・H 年 月 日	/ AM・PM	〒 - TEL: - -	

希望実施機関	1 近畿健診センター	2 淀川健康管理センター	3 福島健康管理センター
--------	------------	--------------	--------------

※ご希望日を記入いただき、午前・午後に○印を付けてください。

※ご希望実施機関の番号に○印を付けてください。

※必要事項をご記入後、各実施機関へFAXしてください。

- ・近畿健診センター : 〒530-0047 大阪市北区西天満5-9-3 アールビル本館2F TEL 06-6365-1655 FAX 06-6365-1645
- ・淀川健康管理センター: 〒532-0024 大阪市淀川区十三本町1-1-9 TEL 06-6303-7282 FAX 06-6303-7291
- ・福島健康管理センター: 〒553-0004 大阪市福島区玉川2-12-16 TEL 06-6441-6848 FAX 06-6441-6074

近畿協 人間ドック申込書 (大阪鉄商健保用)

被保険証記号	フリガナ				ご担当者		
	事業所名						
	所在地	〒 -			ご連絡先	電話番号: - -	FAX番号: - -
被保険証 番号	フリガナ	性別	生年月日	希望受診日	ご自宅住所・ご自宅電話番号		
	氏名						
		男・女	T・S・H 年 月 日	/ AM・PM	〒 -	TEL: - -	
		男・女	T・S・H 年 月 日	/ AM・PM	〒 -	TEL: - -	
		男・女	T・S・H 年 月 日	/ AM・PM	〒 -	TEL: - -	
		男・女	T・S・H 年 月 日	/ AM・PM	〒 -	TEL: - -	
		男・女	T・S・H 年 月 日	/ AM・PM	〒 -	TEL: - -	
		男・女	T・S・H 年 月 日	/ AM・PM	〒 -	TEL: - -	
		男・女	T・S・H 年 月 日	/ AM・PM	〒 -	TEL: - -	
		男・女	T・S・H 年 月 日	/ AM・PM	〒 -	TEL: - -	
		男・女	T・S・H 年 月 日	/ AM・PM	〒 -	TEL: - -	
		男・女	T・S・H 年 月 日	/ AM・PM	〒 -	TEL: - -	

希望実施機関	1 近畿健診センター	2 淀川健康管理センター	3 福島健康管理センター
--------	------------	--------------	--------------

※ご希望日を記入いただき、午前・午後に○印を付けてください。

※ご希望実施機関の番号に○印を付けてください。

※必要事項をご記入後、各実施機関へFAXしてください。

- ・近畿健診センター : 〒530-0047 大阪市北区西天満5-9-3 アールビル本館2F TEL 06-6365-1655 FAX 06-6365-1645
- ・淀川健康管理センター: 〒532-0024 大阪市淀川区十三本町1-1-9 TEL 06-6303-7282 FAX 06-6303-7291
- ・福島健康管理センター: 〒553-0004 大阪市福島区玉川2-12-16 TEL 06-6441-6848 FAX 06-6441-6074