

# 近総協 日帰り人間ドック申込書(関西文紙情報産業健保用)

被保険証記号	フリガナ	-	担当者名		
	事業所名		電話番号		
	所在地				
被保険者証 番号	フリガナ	生年月日	性別	希望受診日	ご自宅住所・ご自宅電話番号
	氏名				
		昭 年 月 日	男・女	月 日 午前 午後	〒 TEL - -
		昭 年 月 日	男・女	月 日 午前 午後	〒 TEL - -
		昭 年 月 日	男・女	月 日 午前 午後	〒 TEL - -
		昭 年 月 日	男・女	月 日 午前 午後	〒 TEL - -
		昭 年 月 日	男・女	月 日 午前 午後	〒 TEL - -
		昭 年 月 日	男・女	月 日 午前 午後	〒 TEL - -
		昭 年 月 日	男・女	月 日 午前 午後	〒 TEL - -
		昭 年 月 日	男・女	月 日 午前 午後	〒 TEL - -
		昭 年 月 日	男・女	月 日 午前 午後	〒 TEL - -
		昭 年 月 日	男・女	月 日 午前 午後	〒 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
--------	------------	--------------	--------------

※この申込書は受診日1月～5月用になります。※従来のドック申込書でもかまいません。

※ご希望日を記入され午前・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、当組合と各実施機関へ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丁目9番3号アールビル本館2階 TEL 06-6365-1655 FAX 06-6365-1645

・淀川健康管理センター：〒532-0023 大阪市淀川区十三東1-18-11 TEL 06-6303-7281 FAX 06-6303-7284

・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