

●定期健康診断 ※太枠の中のみご記入ください

事業所名：

期日	受付時間		会場	一般検診A	一般検診B	胃部レントゲン
10/5(木)	午前	9:00~11:30	小牧商工会議所会館	名	名	名
	午後	13:30~15:30		名	名	名
10/6(金)	午前	9:00~11:30	小牧商工会議所会館	名	名	名
	午後	13:30~15:30		名	名	名
10/10(火)	午前	9:30~11:30	北里市民センター	名	名	名
	午後	13:30~15:30		名	名	名
10/11(水)	午前	9:30~11:30	西部コミュニティセンター	名	名	名
	午後	13:30~15:30		名	名	名
10/17(火)	午前	9:30~11:30	味噌市民センター	名	名	名
	午後	13:30~15:30		名	名	名
10/18(水)	午前	9:30~11:30	味噌市民センター	名	名	名
	午後	13:30~15:30		名	名	名
10/19(木)	午前	9:30~11:30	東部市民センター	名	名	名
	午後	13:30~15:30		名	名	名
10/23(月)	午前	9:00~11:30	小牧商工会議所会館	名	名	名
	午後	13:30~15:30		名	名	名
10/24(火)	午前	9:00~11:30	小牧商工会議所会館	名	名	名
	午後	13:30~15:30		名	名	名
10/25(水)	午前	9:00~11:30	小牧商工会議所会館	名	名	名
	午後	13:30~15:30		名	名	名
合計人数(必ず記入)				名	名	名

・当日の混雑緩和のため、30分刻みで受診日時を設定します。希望日時が満員のこともあります。事前に第3希望程度までご検討ください。胃部レントゲン検査は午前中のみです。一般検診を同時に受診する場合は、一般検診も午前中を指定してください。

 (事務局処理欄)

区分	税込単価(円)	人数	金額(円)
一般検診A	1,540・1,040・840		
一般検診B	5,960・4,760・4,560		
胃部レントゲン	3,700・3,300・3,100		
がん検査(腫瘍マーカー検査)	5,500		
前立腺がん(PSA)	3,500		
ピロリ菌・ペプシノーゲン検査(ABC検査)	2,500		
大腸がん検査	1,350		
子宮がん検査	4,000		
有機溶剤①のみ	3,000		
有機溶剤②のみ	4,200		
一般検診A+有機溶剤①	2,800(追加)		
一般検診A+有機溶剤②	4,000(追加)		
一般検診B+有機溶剤①	2,800(追加)		
一般検診B+有機溶剤②	2,800(追加)		
特定化学物質健康診断	2,140		
じん肺検診	3,250		
受診料合計			

その他
受付日
/
TOASコード
つつじ福祉プラン
加入・未加入
労働保険事務組合
加入・未加入
備考

受付番号(必須)	領収印

平成 29 年度定期健康診断・有機溶剤健康診断受診者名簿

会社名			
住所	〒		
T E L		F A X	
担当者名		顧客コード	

	(フリガナ) 受診者氏名	生年月日 (西暦で記入)	性別	一般 健診 A	一般 健診 B	胃 部 レ ン ト ゲ ン	オプション検査 (希望に○印)							備考	
							がん検査 (腫瘍マ ーカー検査)	前 立 腺 が ん	(ABC 検診) ヒ・ロ 菌・ペ プ シノー ゲン	大 腸 が ん	子 宮 が ん	じ ん 肺	有 機 溶 剤		特 定 化 学 物 質
1		西暦 年 月 日													
2		西暦 年 月 日													
3		西暦 年 月 日													
4		西暦 年 月 日													
5		西暦 年 月 日													
6		西暦 年 月 日													
7		西暦 年 月 日													
8		西暦 年 月 日													
9		西暦 年 月 日													
10		西暦 年 月 日													
申込人数				名	名	名	名	名	名	名	名	名	名	名	

※用紙が足りない場合は、コピーしてご使用ください。

※ご記入いただいた情報は、健診の連絡・健診結果の通知等目的以外に利用いたしません。なお、受診機関とは業務委託契約を締結し、個人情報保護は適切に管理します。

平成 29 年度定期健康診断・有機溶剤健康診断受診者名簿（記入例）

会社名	小牧商工会議所		
住所	〒485-0041 愛知県小牧市小牧五丁目 253 番地		
TEL	0568-72-1111	TEL	0568-72-1111
担当者名	小牧 太郎	担当者名	

	(フリガナ) 受診者氏名	生年月日 (西暦で記入)	性別	一般健診 A	一般健診 B	胃部レントゲン	オプション検査 (希望に○印)						
							がん検査 (腫瘍マーカー検査)	前立腺がん	ピロリ菌・ペプシノーゲン検査 (ABC検査)	大腸がん	子宮がん	じん肺	有機溶剤
1	コマキ タロウ 小牧 太郎	西暦 1959 年 2 月 22 日	男		○			○					
2	コマキ ハナコ 小牧 花子	西暦 1959 年 2 月 22 日	女		○						○		
3		西暦 年 月 日											
4		西暦 年 月 日											
5		西暦 年 月 日											
6	※黒の太枠内に必要事項をご記入の上、検査したい項目に「○」を付けてください。												
7	※昨年度に受診していただいた企業に関しましては、昨年、ご受診頂いた方のお名前などを入力したものを 6 月末に郵送しておりますので、そちらをご活用ください。												
8													
9		西暦 年 月 日											
10		西暦 年 月 日											
申込人数				名	2 名	名	名	名	名	1 名	名	1 名	名

※用紙が足りない場合は、コピーしてご使用ください。

※ご記入いただいた情報は、健診の連絡・健診結果の通知等目的以外に利用いたしません。なお、受診機関とは業務委託契約を締結し、個人情報保護は適切に管理します。