平成　　年度　健康診断申込書

※必ず「法人申込み」または「個人申込み」のどちらかに☑をつけて下さい。

☐ 法人申込み　（資料送付先の事業所住所と事業所名を入れてください。）

☐ 個人申込み　（資料送付先の自宅住所を入れてください。名称は基本不要ですが、お勤めの方は念の為、事業所名を入れてください。）

公益財団法人　岩手県対がん協会

いわて健康管理センター

〒020-0864　岩手県盛岡市西仙北1-17-18

TEL　019-635-8850

FAX　019-635-8895

URL：http://www.i-taigan.jp

住所・名称	所在地	〒
	名　称	
	電話番号	
加入健康保険組合	名　称	
	保険者番号	

※1　乳がん、子宮頸がん検査を希望される場合は、火、水、木曜の日にちでお願いします。
健診日は、申込順となりますので、希望された日が難しい場合はご連絡いたします。

※2　当センターの料金表をご覧ください。

フリガナ	氏名	保険証記号	保険証番号	本人・家族	性別	生年月日				希望月	希望日※1			その他日程の希望欄	希望する健診※2	希望するオプション検査※2
						和暦	年	月	日		第一	第二	第三			
						S ・ H										
						S ・ H										
						S ・ H										
						S ・ H										
						S ・ H										
						S ・ H										
						S ・ H										
						S ・ H										
						S ・ H										
						S ・ H										
						S ・ H										
						S ・ H										