

年度 健康診断申込書

<返送先>

※「窓口支払」または「会社請求書支払」のどちらかに☑をつけてください。

1 事前送付物、健診結果の送付先を記入してください。

2 ☐ 窓口支払 ☐ 会社請求書支払

公益財団法人 岩手県対がん協会
健診事務センター

FAX : 019-618-0153

〒028-3609
岩手県紫波郡矢巾町医大通2丁目1番6号
TEL: 019-618-0151
URL: <https://www.i-taigan.jp>

請求書送付先が左記と異なる場合は記入してください。

所在地	〒
宛 名	
電話番号	

※請求書は月末締め翌月10日前後にお送りいたします。

医療機関 記入欄	フリガナ	保険証記号	本人 ・ 家族	性別	生 年 月 日	ご希望の施設に ○をしてください	希望する健診	希望するオプション検査	希 望 月 日	備 考
	氏 名	保険証番号								
					年 月 日	すこや館(矢巾)				
						けん館(西仙北)				
					年 月 日	すこや館(矢巾)				
						けん館(西仙北)				
					年 月 日	すこや館(矢巾)				
						けん館(西仙北)				
					年 月 日	すこや館(矢巾)				
						けん館(西仙北)				
					年 月 日	すこや館(矢巾)				
						けん館(西仙北)				

《申込上の注意》
直近の日程でのご予約はできかねます。概ね3週間以上先の希望日でお申し込みください。なお、連休や年末年始明けの日程を希望される場合は送付物が届かない場合がありますので、より早めにお申し込みください。
また、希望日でお取りできない場合は日程相談の連絡をさせていただきます。