# 健康診断申込書

**ＦＡＸ：０２９４－２６－０３２３**

（送信の際は、番号をお間違えのないようお願いいたします）

| | |
|---|---|
| 貴事業所名 | |
| 貴事業所住所 | 〒（　　－　　） |
| ご担当者様名： | 産業医氏名： |
| ＴＥＬ：　　（　　） | ＦＡＸ：　　（　　） |
| Ｅメールアドレス　： | |
| 加入健康保険組合名： | |

**ご希望される健康診断の希望会場、希望月、申込人数をご記入ください。**

| | |
|---|---|
| **希望会場** | 1. 日立メディカルセンター　　2. 貴事業所（巡回健診）<br>3. その他　昨年（前回）の実施会場〔　　〕 |

| 健康診断種別 | | 希望月 | 申込人数 |
|---|---|---|---|
| **一般定期健康診断**　（労働安全衛生規則第44条） | | 月 | 名 |
| **生活習慣病健診**　（加入健保指定コース） | | 月 | 名 |
| **特殊健康診断** | 項目〔　　〕 | 月 | 名 |
| **協会けんぽ**　（生活習慣病予防健診） | | 月 | 名 |

連絡事項やご質問等ございましたら、ご記入をお願いします。

| |
|---|
| |

公益財団法人 日立メディカルセンター
HMC
Hitachi Medical Center


**問い合わせ･送付先**
公益財団法人日立メディカルセンター　　営業企画課
〒３１７－００７３　　茨城県日立市幸町１－１７－１
ＴＥＬ　０２９４－３３－５９１１　　ＦＡＸ　０２９４－２６－０３２３


＜個人情報の取り扱いについて＞
ご記入いただきました個人情報については、法令等を遵守し正確かつ安全に取り扱います。