

# 事業所健診 受診予定者名簿

事業所名： \_\_\_\_\_ 様

受診コース： \_\_\_\_\_

【お願い】

下表の全項目をご記入の上、FAXまたは郵送にてご返送ください。  
FAXでご送信される場合には、黒インクでご記入されたものをご送信下さい。  
カルテ作成の都合上、「ふりがな」もお忘れのないようご記入下さい

〒114-0003  
東京都北区豊島3-4-15  
東京ほくと医療生活協同組合  
王子生協病院 健診部  
TEL 03-3912-5181(直通)  
FAX 03-3912-2239

	実施日	ふりがな(必ず) 氏名	生年月日	性別	年齢	自宅	
						住所	電話番号
1			昭和・平成 年 月 日	男・女			
2			昭和・平成 年 月 日	男・女			
3			昭和・平成 年 月 日	男・女			
4			昭和・平成 年 月 日	男・女			
5			昭和・平成 年 月 日	男・女			
6			昭和・平成 年 月 日	男・女			
7			昭和・平成 年 月 日	男・女			
8			昭和・平成 年 月 日	男・女			
9			昭和・平成 年 月 日	男・女			
10			昭和・平成 年 月 日	男・女			
11			昭和・平成 年 月 日	男・女			
12			昭和・平成 年 月 日	男・女			
13			昭和・平成 年 月 日	男・女			
14			昭和・平成 年 月 日	男・女			
15			昭和・平成 年 月 日	男・女			
16			昭和・平成 年 月 日	男・女			
17			昭和・平成 年 月 日	男・女			
18			昭和・平成 年 月 日	男・女			
19			昭和・平成 年 月 日	男・女			
20			昭和・平成 年 月 日	男・女			

事業主様へ: この名簿の情報は健診の業務に関連する目的以外には使用されることはありません。  
記入漏れや誤読などを防ぐために、ご提出前に再度点検をお願いします。