市立島田市民病院　健診申込書（被保険者35歳未満専用）

以下の内容に必要事項を記入して下記までFAX送信してください。

**市立島田市民病院　健診センター　行き（FAX：0547－35－1608）**

貴事業所名　：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　貴担当者様名　：

貴事業所電話番号　：　　　　　　　　　　　　　　　　　　貴事業所FAX番号　：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ﾌﾘｶﾞﾅ氏　名 | 性別 | 生年月日 | 希望する健診○を付ける | 希望月日 |
|  | 男女 |  | 定期健康診断協会けんぽに準ずる健診 | 令和　　年　　月　　日 |
|  | 男女 |  | 定期健康診断協会けんぽに準ずる健診 | 令和　　年　　月　　日 |
|  | 男女 |  | 定期健康診断協会けんぽに準ずる健診 | 令和　　年　　月　　日 |
|  | 男女 |  | 定期健康診断協会けんぽに準ずる健診 | 令和　　年　　月　　日 |
|  | 男女 |  | 定期健康診断協会けんぽに準ずる健診 | 令和　　年　　月　　日 |
|  | 男女 |  | 定期健康診断協会けんぽに準ずる健診 | 令和　　年　　月　　日 |
|  | 男女 |  | 定期健康診断協会けんぽに準ずる健診 | 令和　　年　　月　　日 |