

平成 年 月 日

女子 生活習慣病検診 受検申込書

阪和興業健康保険組合

健康保険者証 (記号)番号	(所属部課名・内線) ()
フリガナ	ⓐ
氏名	
生年月日	
住所 (問診票送付先)	(〒 -)
連絡先 (電話番号)	

受検希望場所 (○で囲んで下さい。)	予防会(大阪総合健診センター) ・ 予防会(堺高島屋内診療所) コーナンメディカル(鳳) ・ 寿楽会 M・Oクリニック 聖授会(総合健診センター) ・ 聖授会(OCAT予防医療センター) 聖授会(フェスティバルタワークリニック) ・ MedCity21(あべのハルカス)	
午後健診	予防会(大阪)のみ選択 (毎週水曜日午後限定)	希望する ・ 希望しない
第一希望日	平成 年 月 日()曜日	
第二希望日	平成 年 月 日()曜日	
第三希望日	平成 年 月 日()曜日	
希望検査 (○で囲んで下さい。)	胃 部 X 線 ・ 乳 ガ ン ・ 子 宮 ガ ン	
乳ガン検査 (どちらか選択)	超 音 波 ・ マ ン モ グ ラ フ ィ (1 方 向)	
<受検者記入欄> (補足があれば記入して下さい。)		

<健保記入欄>
予約(/) TEL(/) 取消(/) 取直(/) 配布(/) 結果配布(/)