

# 大腸がん郵送健診申込総括書

## (被保険者用)

事業所記号	
事業所名	
電話番号	
申込責任者	

申込人数	人
------	---

お願い

- この申込書は、事業所の申込責任者の方がご記入ください。
- ①「大腸がん郵送健診申込総括書」  
②「大腸がん郵送健診対象者リスト及び申込書」

上記2つをセットにして健康管理センター管理課へご提出ください。

お問い合わせ先：管理課 TEL03-3291-4535 FAX03-3291-4435