事 業 所 巡 回 健 診 申 込 書（新規）

　本社や支店、工場などの事業場へ当健保組合スタッフを派遣し、会議室等を利用して**受診予定人数30名以上の事業所（場）を対象に巡回健診**を実施いたします。

　新規に巡回健診を希望される場合は、希望月の6ヶ月前までにこちらの申込書を当健康管理センター医事課あてに郵送又はFAX（03-3291-4435）でお送りください。

後日医事課からご連絡いたします。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 申込日 | 年　　　　　月　　　　　日 |
| 事業所記号 |  |
| 事業所名 |  |
| 支店営業所名 |  |
| 所在地 |  |
| 担当者名 | 　　　　　　　　　　　　　TEL |
| 予定人数（うち組合員外） | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名（　　　　　　　　　　　　名　） |
| 第1希望月 | 月　　　　　　 |
| 第2希望月 | 月　　　　　　 |
| 第3希望月 | 月　　　　　　 |
| 使用会場 | 健診会場所在地 |

※事業所巡回健診［解説欄］の注意事項をご確認の上、お申込みください。