【資料②】 FAX：076-269-4663 石川県予防医学協会 行

2025年度 健康診断受診者名簿

提出日　　年　　月　　日　　CG14-0001-028_⑤

【お問合せ先】 TEL：076-249-7222(音声ガイダンス①)
(一財)石川県予防医学協会 業務部 担当：　　H

団体番号 ※当方記入	
事業所名 ご担当者	
住 所	
電話番号	FAX番号
加入健保	
保険者番号	保険証記号

◆前年度から変更点はありますか？

なし ・ あり ⇒ 変更点：

◆予約に関するご要望

例)○月～○月希望、○曜日不可、土曜日希望、1日2名等

【時間帯選択】

確定した時間帯を後日お知らせします

A
- ①8：15～8：30（胃検査ある方のみ）
- ②8：30～9：00（胃検査ある方優先）
- ③9：00～9：30
- ④9：30～10：00

B
- ⑤10：00～10：30
- ⑥10：30～11：00
- ⑦11：00～11：30
- ⑧11：30～12：00

C
- ⑨13：30～14：00
- ⑩14：00～14：30

D
- ⑪14：30～15：00
- ⑫15：00～15：30(平日のみ)
- ※土曜日の受付は15：00まで

※食事制限のある検査(胃部・腹部超音波)をお申込みの場合、受付は午前のみです。

必要事項をご記入の上、最初の受診日より３０日前までにご提出ください。
近い日程をご希望の場合、別途ご相談ください。
ご希望日・時間帯が満員の場合はご変更をお願いすることもありますのでご了承ください。

日曜、祝日、第2,4土曜日は休館日です。年末年始等は当協会ホームページでご確認ください。

★健康保険組合の補助を利用する方は保険証番号もご記入ください。

	本人・家族区分	★保険証番号	フリガナ 氏名 ※昨年から変更がある方は二重線で訂正	性別	健診機関個人ID 生年月日(西暦)	健診機関個人ID 入社年月日(西暦)	A 定期健診(法定)	B 雇入時健診	C 特定業務健診(深夜業等)	D 生活習慣病健診	EF 胃部 ※選択	I 大腸便検査	J 子宮頸がん	K マンモグラフィ(35歳以上)	L 腹部超音波	M 眼底	N 眼圧	O 骨密度	P PSA	Q Lox-index	R インフルエンザ予防接種	S 特別有機溶剤・有機溶剤 ※溶剤コードを記入	TUV 特殊健診その他の	W 追加希望項目	希望日時 受診日	希望日時 時間帯 ※選択	確定
(例)	本・家	10	イシカワ タロウ 石川 太郎	男	1980年12月31日	2025年4月1日				○	バリウム 内視鏡				○							1.2	石綿 じん肺 溶接ヒューム	胸部CT 等	5/1	A B C D	
	本・家										バリウム 内視鏡												石綿 じん肺 溶接ヒューム			A B C D	
	本・家										バリウム 内視鏡												石綿 じん肺 溶接ヒューム			A B C D	
	本・家										バリウム 内視鏡												石綿 じん肺 溶接ヒューム			A B C D	
	本・家										バリウム 内視鏡												石綿 じん肺 溶接ヒューム			A B C D	
	本・家										バリウム 内視鏡												石綿 じん肺 溶接ヒューム			A B C D	
	本・家										バリウム 内視鏡												石綿 じん肺 溶接ヒューム			A B C D	

【個人情報の取り扱いについて】当協会ではISO27001(情報ｾｷｭﾘﾃｨﾏﾈｼﾞﾒﾝﾄｼｽﾃﾑ)認証を取得し、管理体制の強化に取り組んでおります。
お預かりする個人情報は健康診断の契約、事前準備、受付、実施、結果作成に利用し、その目的以外で使用されることはありません。

※インフルエンザ予防接種は**10/1**(水)**～12/26**(金)の期間で実施予定です。ワクチンがなくなり次第終了いたします。