

住所： (〒 -) 都道府県 市区町村		令和 年 月 日
事業所名： 申込責任者：		(当所記入欄) 受付日
連絡先： 当日緊急連絡先：		NO.
《受診者合計 名》		

ご希望のオプションを
↓○で囲ってください

1	受診者名		希望日時(※2)			A 胃部X線	B 腹部超音波	C 腫瘍マーカー・男	D 腫瘍マーカー・女	E 腫瘍マーカー・シフラ	F 乳がん	G 子宮がん	H 特殊健康診断(※3)	
	カナ		※第三希望日まで、または希望月・希望曜日を記入ください											
			第一希望日	第二希望日	第三希望日									
	生年月日		生命共済加入	性別	希望月									希望曜日
	S	(※1) 有・無	男・女											

2	受診者名		希望日時(※2)			A 胃部X線	B 腹部超音波	C 腫瘍マーカー・男	D 腫瘍マーカー・女	E 腫瘍マーカー・シフラ	F 乳がん	G 子宮がん	H 特殊健康診断(※3)	
	カナ		※第三希望日まで、または希望月・希望曜日を記入ください											
			第一希望日	第二希望日	第三希望日									
	生年月日		生命共済加入	性別	希望月									希望曜日
	S	(※1) 有・無	男・女											

3	受診者名		希望日時(※2)			A 胃部X線	B 腹部超音波	C 腫瘍マーカー・男	D 腫瘍マーカー・女	E 腫瘍マーカー・シフラ	F 乳がん	G 子宮がん	H 特殊健康診断(※3)	
	カナ		※第三希望日まで、または希望月・希望曜日を記入ください											
			第一希望日	第二希望日	第三希望日									
	生年月日		生命共済加入	性別	希望月									希望曜日
	S	(※1) 有・無	男・女											

4	受診者名		希望日時(※2)			A 胃部X線	B 腹部超音波	C 腫瘍マーカー・男	D 腫瘍マーカー・女	E 腫瘍マーカー・シフラ	F 乳がん	G 子宮がん	H 特殊健康診断(※3)	
	カナ		※第三希望日まで、または希望月・希望曜日を記入ください											
			第一希望日	第二希望日	第三希望日									
	生年月日		生命共済加入	性別	希望月									希望曜日
	S	(※1) 有・無	男・女											

5	受診者名		希望日時(※2)			A 胃部X線	B 腹部超音波	C 腫瘍マーカー・男	D 腫瘍マーカー・女	E 腫瘍マーカー・シフラ	F 乳がん	G 子宮がん	H 特殊健康診断(※3)	
	カナ		※第三希望日まで、または希望月・希望曜日を記入ください											
			第一希望日	第二希望日	第三希望日									
	生年月日		生命共済加入	性別	希望月									希望曜日
	S	(※1) 有・無	男・女											

※1 生命共済とは姫路商工会議所の「ひめっこ共済」を指します。

※2 受診日時が決まり次第、姫路市医師会よりお電話にてご連絡いたします。

※3 「H-特殊健康診断」ご希望の場合は、姫路市医師会より内容確認のためお電話いたします。