# 婦人科検診申込書

| | | | |
|---|---|---|---|
| 記号番号 | － | 事業所名 | |
| フリガナ<br>被保険者氏名 | | 電話番号 | （　　）<br>**必ずつながる番号をご記入ください。** |
| フリガナ<br>受診者氏名 | | 受診者の生年月日 | 明<br>大　　年　　月　　日 |
| 自宅住所 | 〒 | | |
| 希望する<br>検診機関に〇印 | **石和温泉病院クアハウス石和／山梨厚生病院予防医学センター(山梨市)／山梨県厚生連健康管理センター(甲府市)** | | |
| 希望する<br>コースに〇印 | **乳腺エコー（40 歳未満の方推奨）　／　マンモグラフィー（40 歳以上の方推奨）** | | |
| 希望日 | **第 1 希望　　月　　日　（　　）**<br>**第 2 希望　　月　　日　（　　）**<br>※ご希望に添えない場合がありますので、**必ず第 2 希望までご記入ください。** | | |

**検診日が決定しましたら決定通知を送付させていただきますので、FAX 番号をご記入ください。**

**ＦＡＸ番号**　＿＿＿＿＿＿（　　）＿＿＿＿＿＿

**※日程等について直接連絡する場合があるため、必ずつながる電話番号をご記入ください。**

---

下記の通り検診日が決定しましたので、通知いたします。

**※　受診日確定後の変更につきましては、ご自身で直接検診機関に日程変更をしていただき、変更後当組合にご連絡ください。**

| | | | |
|---|---|---|---|
| 受診者氏名 | | 決定日 | 月　　日 |
| 検診機関名 | **石和温泉病院クアハウス石和 / 山梨厚生病院予防医学センター(山梨市) / 山梨県厚生連健康管理センター(甲府市)** | | |

令和　　年　　月　　日

**〒406-0034　笛吹市石和町唐柏 1000-7**
**山梨県自動車販売整備健康保険組合**
**TEL：055-263-1651　　FAX：055-263-1652**