

◎新長堀診療所／健康診断申込書◎

この用紙をFAX又は郵送で、新長堀診療所へお送りください。

【雇い入れ時：採用時健診】

わかる範囲でご記入ください→

(事業所所在地) ※健康保険証に記載 されてある住所 又は (個人のご住所)		※ 連絡先を左記と別に希望される場 合（支店・営業所・自宅等）は、下記 に連絡先を記入して下さい
(事業所名称)		
(お電話番号)	(FAX番号)	

健康保険 証の番号	(フリガナ) 氏 名	性別	生 年 月 日	本 扶	受診を希望される日時			オプション検査のご希 望等、ございましたら ご記入ください。
					第一希望 時間	第二希望 時間	第三希望 時間	
()	()	男 女	年 月 日	本 扶	月 日	月 日	月 日	
()	()	男 女	年 月 日	本 扶	月 日	月 日	月 日	
()	()	男 女	年 月 日	本 扶	月 日	月 日	月 日	
()	()	男 女	年 月 日	本 扶	月 日	月 日	月 日	
()	()	男 女	年 月 日	本 扶	月 日	月 日	月 日	
()	()	男 女	年 月 日	本 扶	月 日	月 日	月 日	
()	()	男 女	年 月 日	本 扶	月 日	月 日	月 日	
()	()	男 女	年 月 日	本 扶	月 日	月 日	月 日	
()	()	男 女	年 月 日	本 扶	月 日	月 日	月 日	

★結果通知について★

◎所要日数：1週間～10日

内容により、3～4日で送付する
ことも可能です。
詳しくはご相談ください。

◎所定の用紙をお持ちの際は、事
前に当診療所へFAX願います。

検査内容の確認の上、健診費用
等のご相談をさせていただきます
。

●受診コースについて

・採用健診② 8,700円

- ・身長 ・体重 ・視力 ・聴力【オーディオメーター】
- ・胸部X線 ・診察 ・血圧 ・尿検査【糖・蛋白】 ・心電図
- ・血液検査 貧血（赤血球数・ヘモグロビン）
肝機能（GPT・GOT・γ-GPT）
脂質（中性脂肪・LDLコレステロール・HDLコレステロール）
空腹時血糖

受診希望日時のご記入が無い場合、いったん当方でご予約をさせていただきます。

●受付時間● ●休診日● 日曜・祝日・土曜午後	【午前】	【午後】
	③ 9:30	⑧ 13:00
	④ 10:00	⑨ 13:30
	⑤ 10:30	⑩ 14:00
	⑥ 午前時間指定無	⑪ 午後時間指定無

新長堀診療所

〒542-0082 大阪市中央区島之内1-11-18

電話：06-6251-0501 FAX：06-6252-8076