

大腸がん予防検査申込書													
FAX 03-5420-8252							所属所名						
職員番号							所属所コード						
自宅住所	〒						所属電話						
							自宅電話						
ふりがな						性別	生 年 月 日					年齢	
受信者名						男・女	T・S・H	年	月	日	才		
ふりがな						性別	生 年 月 日					年齢	
受信者名						男・女	T・S・H	年	月	日	才		
ふりがな						性別	生 年 月 日					年齢	
受信者名						男・女	T・S・H	年	月	日	才		

以上 \_\_\_\_\_名の検診を申し込みます。

※当支部ホームページ「個人情報の取り扱いについて」に同意の上、申し込みます。

※詳細については弘済会だよりをご覧くださいか、下記へお問い合わせ下さい。

※お申し込み後、検査用具および説明書と振込用紙をご送付いたします。

※ 問い合わせ先

(一財) 日本健康増進財団 恵比寿健診センター「健診事業2課」 宛

〒 150-0013 渋谷区恵比寿 1-24-4

TEL 0120-146-256 FAX 03-5420-8252