

業務執行理事	事務局長	健診課長	担当

・下記申込みを受理し、健康診断を実施してよろしいか伺います。

## 健康診断申込書

申込日 令和 年 月 日

公益財団法人 高崎・地域医療センター  
代表理事 岡本克実様

公益財団法人 高崎・地域医療センターで健康診断を受けたいので申し込みます。

事業所名 \_\_\_\_\_

〒 \_\_\_\_\_ 住 所 \_\_\_\_\_ 担当者 \_\_\_\_\_

代表者名 \_\_\_\_\_ 印 電話 \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_

実施日	令和 年 月 日 ( )	備考 *請求先、結果郵送先が異なる場合は下記にご記入下さい。	
	令和 年 月 日 ( )		
受付時間	午後 1 時 ~ 午後 1 時 30分		
健 診 項 目	人 数		
一般健診			
生活習慣病 (35歳、40歳以上)	血液検査		
	心電図検査		
その他			連絡事項 *血液検査のある方は、空腹で おいで下さい。