

電話 または FAX で、明海病院検診課 にお申し込みください。

申し込み受付期間：①：8月3日～9月24日 ②8月3日～10月22日

TEL:078-922-4881（月～金 9:00～16:00 ※祝日を除く）

FAX:078-940-6660（下記の申込書をお使いください。FAXで送信をする際は表裏の向きに注意してください）

※希望の健診日に☒してください

☐①10月10日(土) ☐②11月7日(土)

和坂地区健診申込書【FAX】

氏名	生年月日	年齢	性別
ふりがな	大正・昭和	歳	男・女
	年 月 日		
住所		電話番号	
〒 明石市			
ご希望の受診項目番号に○をつけてください			
1. 健康まもりタイ健診(特定健康診査)※明石市国民健康保険加入者 ※明石市国民健康保険以外の国保の方、社会保険加入の被扶養者も特定健診を受けられます(3～6のがん検診を受診する方のみ)。該当の方は、お電話でご予約ください。また、保険者発行の特定健診受診券が必要です。			
2. 後期高齢者健康診査 3. 胸部検診 4. 大腸がん検診 5. 胃がんリスク検診 6. 肝炎ウイルス検診			

氏名	生年月日	年齢	性別
ふりがな	大正・昭和	歳	男・女
	年 月 日		
住所		電話番号	
〒 明石市			
ご希望の受診項目番号に○をつけてください			
1. 健康まもりタイ健診(特定健康診査)※明石市国民健康保険加入者 ※明石市国民健康保険以外の国保の方、社会保険加入の被扶養者も特定健診を受けられます(3～6のがん検診を受診する方のみ)。該当の方は、お電話でご予約ください。また、保険者発行の特定健診受診券が必要です。			
2. 後期高齢者健康診査 3. 胸部検診 4. 大腸がん検診 5. 胃がんリスク検診 6. 肝炎ウイルス検診			

- FAXでお申込みの場合、不備がない限りご連絡することはありません。
- お預かりした個人情報は、健診・その他保健指導に関する業務のみに使用し、それ以外の目的に使用することはありません。
- 受診セットが1週間前になっても届かない場合は、明海病院検診課(078-922-4881)にご連絡ください。