

年 月 日

が 骨粗しょう症 検診申込書

大阪府石油健康保険組合 様

下記のとおり検診を申込みします。

記

健 診 機 関 名	大阪府結核予防会
担当者名	事業所所在地
連絡先TEL	事業所名称

事業所記号	受検者名	続柄	年 齢	検 診 項 目				
				住 所				
		本人	歳	肺がん	大腸がん	子宮がん	乳がん (月 日)	骨粗しょう症 (月 日)
		家族	〒 TEL					
		本人	歳	肺がん	大腸がん	子宮がん	乳がん (月 日)	骨粗しょう症 (月 日)
		家族	〒 TEL					
		本人	歳	肺がん	大腸がん	子宮がん	乳がん (月 日)	骨粗しょう症 (月 日)
		家族	〒 TEL					
		本人	歳	肺がん	大腸がん	子宮がん	乳がん (月 日)	骨粗しょう症 (月 日)
		家族	〒 TEL					

- ◎受診日順にご記入ください。
- ◎受診を希望する検診項目欄に○印を付けてください。
- ◎住所欄はがん検診の方のみ記入してください。
- ◎当組合委託先の健診機関で生活習慣病健診を受診される方は大腸がん検診の申し込みの必要はありません。
- ◎FAX・メールでも結構です。 FAX番号06-6125-1204