

〈医療系〉国家資格免許申請時健康診断 申込書

送信日: 年 月 日

ご発信元	返信先のご指定
お名前: 様	FAX: — — 〔 職場・自宅・その他: 〕
TEL: — —	E-mail: 〔 職場・自宅・その他: 〕

① 日中、ご連絡のつく番号をご記入ください

① いずれか、ご希望の返信先をご記入ください

ご記入のうえ、FAXまたはメールへ添付してお送りください。

本紙を含み 枚

ふりがな		診察券番号	
氏名	様	性別	男 ・ 女
生年月日	年 月 日生	年齢	歳
現住所	〒		
職 種	医師 / 歯科医師 / 保健師・助産師・看護師 / 薬剤師 / 診療放射線技師 臨床検査技師・衛生検査技師 / 理学療法士・作業療法士 / 視能訓練士 臨床工学技士 / 技師装具士		
希望日	〈注〉希望日の2~3日前までにお申し込みください。 平日(月~金)の午前中(受付時間は11:30~)に実施しています。		
	第1希望日	年 月 日 ( )	11:30~
	第2希望日	年 月 日 ( )	11:30~
	第3希望日	年 月 日 ( )	11:30~
ご連絡事項 など			

回答欄 (健診センター記入)

ご予約	年 月 ( ) 時 分
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 直接健診センターへお越しください。新患受付での受け付けは必要ありません。</li> <li>● 健康保険証、診察券(お持ちの方)、所定の診断書(収入印紙を貼っていないもの)をお持ちください。</li> <li>● 所要時間は約30分程度です。</li> </ul>	