

甲状腺検診申込書

(検診予約 2017 年 11 月矢板検診用)

- 申込み用紙に書かれた個人情報、通知・連絡・催し等の連絡にのみ使用します。なお、検診結果につきましてはIDで保管し、統計的に経年管理させていただく予定です。
- 初めて受診する方はID以外の全てをご記入ください。
- 過去に基金の甲状腺検診を受診したことがある方は、既に登録してありますので「保護者氏名・ID・連絡先」「受診者氏名・受診者ID・基金甲状腺検診受診の有無」欄のみご記入ください。(IDは検診時にお渡ししたIDカードに記載されている6桁の番号)
- 前回受診後、転居された場合のみ新住所のご記入もお願いします。

申込日 年 月 日

ご依頼者 保護者	ふりがな			所属団体	保護者ID		
	氏名						
	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	西暦	年	月	日
	住所	〒					
連絡先	電話	(できるだけ携帯番号をご記入ください)					
	メールアドレス						

※検診日時をお知らせしますので**必ずつながる連絡先**をご記入ください。
 ※原則、子ども優先で検診を行います。先々家族での検診を考えていますので保護者の生年月日・年齢もご記入願います。

検診対象者	受診者氏名(ふりがな)	受診者ID	性別	基金甲状腺検診受診の有無	生年月日(西暦) <small>※西暦は、お確かめの上ご記入ください。</small>	年齢
	ふりがな			男・女	有・無	年 月 日
ふりがな			男・女	有・無	年 月 日	歳
ふりがな			男・女	有・無	年 月 日	歳
ふりがな			男・女	有・無	年 月 日	歳

ご都合の悪い日のみに **×** 印をご記入ください。

検診日	<input type="checkbox"/> 2017年11月11日(土)
	<input type="checkbox"/> 2017年11月12日(日)

- 11日、12日のどちらでもよい場合は印は付けなくてください。
- 確定日時を追ってご連絡いたします。
- 連絡がない場合はお問合せください。

担当者記入欄

検診予定日時	2017年11月	日	時	分頃から
連絡担当者			連絡日時	/