

関東子ども健康調査支援基金

この申込み用紙にご記入の上、下記メールかFAXにてお送り下さい。

※このPDF用紙は直接記入できるフォームです。入力していったん保存の上、下記までご返信下さい。

メールに添付の場合→ kikin.abiko@gmail.com (関東子ども基金 佐藤宛)

※写メの場合は文字が読める写真を添付してください。

FAXの場合→ 0297-45-6675 (関東子ども基金 佐藤宛)

甲状腺検診申込書

(検診予約 2017年12月16日(土) 我孫子北近隣センター並木本館会場)

※申込書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。

申込日: _____ 年 ____ 月 ____ 日

※これまで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、受診者氏名と受診者ID(検診時にお渡ししたIDカードに記載)、「基金甲状腺検診受診の有無」の欄のみご記入ください。

※初めて受診する方はID以外の全ての項目をご記入ください。

検診対象者	受診者氏名(ふりがな)	受診者ID	基金甲状腺検診受診の有無	性別	生年月日(西暦)	年齢
	ふりがな		有 無	男 女	西暦 年 月 日	歳
	ふりがな		有 無	男 女	西暦 年 月 日	歳
	ふりがな		有 無	男 女	西暦 年 月 日	歳
	ふりがな		有 無	男 女	西暦 年 月 日	歳

※上記の検診対象者の「基金甲状腺検診受診の有無」の有にチェックを入れた保護者の方は、同様に登録がありますので氏名・保護者ID・連絡先をご記入ください。初回受診後、転居された場合のみ新住所のご記入をお願いします。

ご依頼者	ふりがな				
	氏名		保護者ID		
保護者	性別	男 女	生年月日(西暦)	西暦 年 月 日(歳)	
	ふりがな				
	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			

検診希望時刻	16日(土)	開始 ~12:30	13:30 ~15:00
※右欄のご希望の時間帯にチェックしてください(複数可)		15:30 ~17:00	いつでもよい

申込に際してのお願い

1. 電話番号は当日つながる連絡先をご記入下さい。
2. 受診時間は基本的にメールでお知らせしますので kikin.abiko@gmail.com が受信できるようにしておいてください。また、受診時間お知らせのメールには必ず返信してください。
3. 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・年齢もご記入をお願いします。
4. 検診時刻はご希望に添えない場合もありますのでご了承ください。
5. 連絡がない場合はお問い合わせください。