

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FAXかメールにてお送り下さい。

※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。

メールにて添付の場合→ ken.oh.kensin@gmail.com

※このアドレスを受信できるよう設定をお願いします。

FAXの場合→ 029-274-4529 (荻あて)

甲状腺検診申込書

〔検診予約 2017年5月日立検診用〕

※申込み書に書かれた個人情報は、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

※当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。

※初めて受診する方は全てご記入ください。

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と連絡先のみご記入ください。

ご 依 頼 者	ふりがな		保護者ID	
	氏名			
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		

※**検診時刻をお知らせするので必ずつながる連絡先をご記入下さい。**

※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。

検診希望時刻	5月28日(日) 午前	午後	どちらでも良い
--------	-------------	----	---------

□欄にチェック✓を入れてください。

確定時刻を追ってご連絡いたしますので、連絡がない場合はお問い合わせください。尚、上記ご希望に添えない場合がありますのでご了承ください。

以下 担当者記入欄

検診予定日時	年 月 日 時 分頃から
--------	--------------

連絡担当者	連絡日時 /
-------	--------