

関東子ども健康調査基金

この申込み用紙にご記入の上、下記FAXに送るか、注文書と一緒に提出してください。

FAX番号 ⇒ 0297-45-6675(常総生協 木本宛)

甲状腺・血液検査申込書

(検診予約 2018年5月12日甲状腺検診/5月13日血液検査)

- * 申込書に書かれた個人情報、通知・連絡、催し等のご案内にのみ使用します。
 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

ご依頼者(保護者)	ふりがな		ID番号		組合員番号 コース名・班名	
	氏名					
	性別	男 女	生年月日	(西暦 年 月 日 (歳))		
	ふりがな					
	住所	〒				
	連絡先	Tel (日中連絡が付きやすい番号をお願いします) メールアドレス				

※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。

※ID番号はお持ちの方のみご記入ください。

検診対象	受診者氏名	性別	ID番号	生年月日(西暦)	年齢
	ふりがな		男 女		年 月 日
ふりがな		男 女		年 月 日	歳
ふりがな		男 女		年 月 日	歳
ふりがな		男 女		年 月 日	歳

【希望日・検査項目】

	検査項目(下記のチェックボックスに✓を入れて下さい)
検診の希望	5/12(土) 甲状腺検診受診(13:00~15:00)
	5/12(土) 甲状腺検診受診(15:30~18:30)
	5/13(日) 血液検査受診(9:00~13:00)

※血液検査は常総生協組合員のみ対象です。組合員以外で血液検査に申し込まれた方には、常総生協から加入についてのご連絡をさせていただきます。ご了承ください。加入手続きの完了をもちまして、血液検査の申込完了となります。

連絡可能時間帯をお書きください _____

※後日、確定時刻をご連絡いたします。上記ご希望に添えない場合があります。ご了承ください。検診1週間前までに連絡がない場合はお問合せください。

※甲状腺検診・血液検査とも、1人2,000円の検診カンパが必要です。両方受ける場合はそれぞれにかかります。

※高校生までは保護者の付き添いが必要です。