

# 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 → [torinet1015@yahoo.co.jp](mailto:torinet1015@yahoo.co.jp) (池田宛)

※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 → 0297-75-4131 (池田宛)

## 甲状腺検診申込書

(検診日; 2024年7月7日(日), 場所; 取手市藤代公民館 和室)

※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もお願いします。

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			

※必ず連絡可能なメールアドレスをご記入ください。

検診希望時刻

7月7日(日)

時～

時の間

### 申込に際してのお願い

- 電話番号は当日つながる連絡先をご記入下さい。
- 受診時間は基本的にメールでお知らせしますので [torinet1015@yahoo.co.jp](mailto:torinet1015@yahoo.co.jp) 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。
- 12歳～32歳の方優先で検診を行いますが、優先年齢外の方で検診を希望される場合はお問い合わせください。
- 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。
- こちらから連絡がない場合はお問い合わせください。