

この申込み用紙にご記入の上、メールかFAXにてお送り下さい。

メールに添付の場合→チラシに掲載されている問合せ先メールアドレス

※記入した用紙を写真に撮って送る場合は、文字が読める状態で添付してください。

FAXの場合 → 050-3737-9833

甲状腺検診申込書

必ず、受診する会場のチラシを見て、日付・時間・会場名等を確認してから、記入してください

| | | | |
|-----|-------|-----|--|
| 検診日 | 年 月 日 | 会場名 | |
|-----|-------|-----|--|

※申込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。

※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検診結果に記載)、「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。

| 受診希望者 | 受診者氏名(ふりがな) | ID番号 | 基金甲状腺検診受診の有無 | 性別 | 生年月日(西暦) |
|-------|-------------|------|--------------|-----|----------|
| | | | | 有 無 | 男 女 |
| | | | 有 無 | 男 女 | 年 月 日 |
| | | | 有 無 | 男 女 | 年 月 日 |
| | | | 有 無 | 男 女 | 年 月 日 |

※初回は全てご記入ください。2回目以降は氏名・ID番号・電話番号の他、前回受診後に変更になった箇所をご記入ください。

| | | | | |
|--------|------|---------|---------------------|----------|
| 申込者 | ふりがな | | ID番号 | |
| | 氏名 | | | |
| ※18歳以上 | 性別 | 男 女 | 生年月日(西暦) | 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 | | |

| | |
|-------|---------------------|
| 希望時間帯 | ※午前、午後など、広めをお願いします。 |
|-------|---------------------|

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、チラシに掲載されている問い合わせ先メールアドレス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. チラシに掲載のある優先年齢を優先して受け付けますが、優先年齢以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。なお、会場によって年齢の上限が異なります。
4. 検診1週間前までにこちらから連絡がない場合は担当者にお問い合わせください。