

鹿児島市国民健康保険 特定健康診査 出前健診申込書

申し込み日 (年 月 日)

ご連絡先	代表者名				
	ご住所				
	お電話番号	電話番号 連絡の取れる時間帯 ()			
希望日時等	日時	第1希望	月	日 ()	時 分 ~ 時 分
		第2希望	月	日 ()	時 分 ~ 時 分
		第3希望	月	分 ()	時 分 ~ 時 分
	会場名				
	所在地	住所 電話番号			
	参加予定人数	人			
確認事項 (右の欄へ○をして ください)		受診者は30人以上で鹿児島市国保に加入しているか			
		受診者は全員「特定健診受診券」を持っているか			
		健診会場は騒音がないか			
		長机等5脚及び椅子10脚を準備できているか			
		トイレがあるか			

※ 上記の太線で囲んだ部分をご記入ください。

健診を希望される日の1ヶ月以上前までに提出してください。

鹿児島市国民健康保険課 保健事業係 (電話808-7505/FAX216-1200)

(健診機関記入欄)

実施決定	健診日時	
------	------	--