

健康診断受診申込書

(一社) 東京都トラック協会大田支部 宛

FAX 03-3765-4305

会社名

住所

TEL

担当者

FAX

健診実施予定表から受診希望日・時間帯を選び、大田支部へFAXにてお申し込みください

(例) 受診者数	第1希望	第2希望	第3希望
5名	①	②	③
受付番号(事務局記入)		確定日時(事務局記入)	
① No.1.2.3.4.5		8/19(水) 16:00~ 5名	

※第1希望～第3希望まで全てご記入ください

受診者数	第1希望	第2希望	第3希望
受付番号(事務局記入)		確定日時(事務局記入)	

*お申し込みについて

1つの時間帯で5名までの申込ができます。複数枠の申し込み時はコピーをして下さい

受診日時を事務局よりFAXにて回答します。

必ず福祉協会に様式5号(受診者名簿)をFAXしてください

*当日について

持ち物: 福祉協会からの送付書類一式(受診票、問診票など)、健診予約申込書(受診日を記載したもの)

※健診予約申込書は、同じ時間帯で複数名で受診する際は、代表1名がお持ちください

問診票は、当日までに記入をしてください。

マスクを必ず着用の上、予約時間の5分前に来場してください。

体調の悪い方、感冒症状(発熱、咳、味覚異常など)での受診はお断りします。

*その他

申込後のキャンセル・日時変更の際はご連絡をお願いします。

東ト協大田支部 TEL 03-3766-3261

全日本労働福祉協会 TEL 03-5767-1713