

大森建設組合 健康診断申込書

※受診を希望する医療機関を選択（○で囲む）して、受診希望日を第3希望まで記入してください。

※申込期間は希望する受診日（一番早い受診日）の20日前までです。

※受診期間は令和4年10月～令和4年12月末日の月曜～金曜（休診日を除く・一部土曜も受診可）

東京蒲田医療センター	
申込 FAX 03-3736-8358	
受診希望日	
第1希望	月 日 () 午前・午後
第2希望	月 日 () 午前・午後
第3希望	月 日 () 午前・午後

北品川クリニック	
申込 FAX 03-3474-1355	
受診希望日	
第1希望	月 日 () 午前
第2希望	月 日 () 午前
第3希望	月 日 () 午前

※電話 03-5744-3268

※月曜～金曜の午前

※婦人科健診を付加する場合は午後
受診（12：45～）

※電話 03-6433-3273

※月曜～土曜の午前のみ

【受診者情報欄】

どちらかに○⇒

本人	家族
----	----

※国保の種類はいずれかに○をつけ、国保記号番号を必ず記入してください。

※受診者ごとに申込書に楷書で記入してください。

国保の種類	東建国保	神奈川建設国保	中央建設国保	埼玉建設業国保	その他 ()
職 種	国保記号番号				
(ふりがな) 氏 名	(男 女)				
生 年 月 日	昭和 平成	年	月	日	(歳)
住 所	〒 -				
電 話 番 号	()	FAX番号	()		
携 帯 電 話	-		-		
備考					