

関東子ども健康調査支援基金&甲状腺エコー検診神奈川の会

この申込み用紙にご記入の上、下記FAXかメールにてお送り下さい。

※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。

メールにて添付の場合→echo.kanagawa@gmail.com

FAXの場合→ 045-325-8762 (神奈川の会事務局)

甲状腺検診申込書

(検診予約 2017年7月・9月 神奈川検診用)

※申込み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。

※初めて受診する方は全てご記入ください。

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と連絡先のみご記入ください。

ご 依 頼 者	ふりがな			所属団体	
	氏名			保護者ID	
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			

※原則、子ども優先で検診を行います。先々家族での検診を考えていますので保護者の生年月日・年齢もご記入願います。

検診希望時刻	2017年 7月29日(土)	川崎市労連会館講堂	時頃～	時頃を希望
	2017年 7月30日(日)	横須賀中央診療所	時頃～	時頃を希望
	2017年 9月9日(土)	港町診療所2F会議室	時頃～	時頃を希望
	2017年 9月10日(日)	さがみ生協病院	時頃～	時頃を希望

※1 ご希望の検診会場にチェックを入れ、希望時刻をご記入ください。

※2 原則、子ども優先で検診を行います。先々家族での検診を考えていますので保護者の生年月日・年齢もご記入願います

※3 確定時刻を追ってご連絡いたしますので、連絡がない場合はお問い合わせください。尚、上記ご希望に添えない場合がありますのでご確認ください。