

関東子ども健康調査支援基金

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 → nijiromirai2011@gmail.com

FAXの場合(受付時間 7:00~20:00まで) → 0285-82-3225

甲状腺検診申込書

(検診予約 2017年7月益子会場用)

※申込み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。

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。保護者記入欄には氏名と連絡先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

※検診時刻をメールでお知らせしますので、頻繁にチェックするアドレスを記入し nijiromirai2011@gmail.comからのメールを受信できるようにして下さい。

ご 依 頼 者	ふりがな				
	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)
	住所	〒			
	連絡先	電話	携帯	自宅	職場(呼出)
		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	2018年 7月7日 (土)	時頃~	時頃を希望
	2018年 7月8日 (日)	時頃~	時頃を希望

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了承ください。

以下 担当者記入欄

受付番号		受付日	/
------	--	-----	---

検診予定日時	年 月 日 時 分頃から
--------	--------------

連絡担当者	連絡日時	/
-------	------	---

説明	文書 手渡	予定 連絡	PC 入力
----	----------	----------	----------