

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→kikinchonazuka@gmail.com (丁名塚宛)

FAXの場合(AM5時～PM11時受付)→ 04-7133-1343 (丁名塚宛)

甲状腺検診申込書

(検診予約 2016年11月5日(土) 柏検診用)

※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をお願いします。

※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		

検診希望時刻 右記3つからご希望の時間帯を 選択してください。	午前11時～12時半
	午後13時半～16時半
	どちらでも可

※後ほど検診時刻をお知らせするので必ずつながる連絡先をご記入下さい。

※1 メールアドレスはPCからの受信も可能にしておいてください。

※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 検診時刻はご希望に添えない場合もありますのでご了解ください。

※4 連絡がない場合はお問い合わせください。

受付日 / 連絡担当者 連絡日時 /