

尼崎市国民健康保険 特定健診・生活習慣病予防健診

出前健診 申込書

(申込日 平成 年 月 日)

ご連絡先	代表者				
	ご住所・お電話番号	ご住所			
		電話番号			
希望日時等	日時		健診 実施日	保健指導 実施日 (健診日の約1ヶ半月後の日程)	
		第1希望	月 日 ( ) 【 時 分～ 時 分】	月 日 ( ) 開始時間【 時 分～ 】	
		第2希望	月 日 ( ) 【 時 分～ 時 分】	月 日 ( ) 開始時間【 時 分～ 】	
	会場名				
	所在地等	住所			
		電話番号			
	参加予定人数	16～39歳	人		
		尼崎市国保加入の40～74歳	人		
		その他	人		
	レントゲンの希望	有 ・ 無			
広報掲載の希望	有 ・ 無				
優先予約制の希望	有 ・ 無 ※ 1				
確認事項	チェック欄				
	1	健診会場は騒音がないか			
	2	長机等5本及び椅子10脚を準備できているか			
	3	トイレがあるか			
	4	結果説明(保健指導)を受けるか			
	5	保健指導の会場も確保できるか			

※ 上記の太線で囲んだ部分のみご記入下さい。  
健診を希望される日の2ヶ月前までにご提出下さい。

※1 優先予約制とは、待ち時間短縮のため予約をすればスムーズに受診できるよう予約を受け付ける制度です。  
予約がなくても、受診していただくことは可能です。  
受診者の予約管理は、健康支援推進担当にて行います。

尼崎市役所	電話:06-6489-6797
健康支援推進担当	FAX:06-6481-1409

(健診機関→健康支援推進担当)

実施決定	実施日時	
	会場名	