

# 令和8年度 出前健診申込書

連絡先	代表者			
	住所 電話番号	住所	電話番号	
希望日時等	申込日	令和 年 月 日		
	日時	健診実施日 (土日開催は、業者が限られ ご希望に添えない可能性があります。 可能な限り平日開催をご検討ください。)		保健指導実施日 (健診日の約1ヶ月半後の日程)
		第1希望	【 月 日 ( ) 時 分～ 時 分】	開始時間【 月 日 ( ) 時 分～】
	第2希望	【 月 日 ( ) 時 分～ 時 分】	開始時間【 月 日 ( ) 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	
	75歳以上	人		
市報やホームページ等 広報掲載の希望	有 ・ 無			
予約管理方法	① 予約優先制 ・ ② 到着順制			
確認事項	チェック欄			
	1 健診を受診される方が <b>30人以上</b> 見込まれる場合、申し込みできます。			
	2 会場は、健診を実施するのに十分な広さのあるお部屋をご用意ください。			
	3 肺がん検診（胸部レントゲン）は、 <b>駐車スペースがあることが実施要件</b> となります。			
	4 健診で使用する長机・椅子・トイレをご用意ください。			
	5 健診後は健診結果説明会（保健指導）を行いますので、 <b>主催者で会場の確保</b> をお願いします。（保健指導は健診日の約1ヶ月半後の予定）			
	6 健診・健診結果説明会（保健指導）実施日は、 <b>主催者で会場の開錠・施錠</b> をお願いします。（開錠・施錠時間については事前に調整します。）			
上記1～6を読み、内容に同意しました。 署名 ( )				

※ 太線で囲んだ部分のみご記入ください。

尼崎市 健康支援推進担当	TEL 06-6435-8967
	FAX 06-6435-8968

(健康支援推進担当→健診機関)

実施決定	実施日時	
	会場名	担当保健師 ( )