# 令和５年度　健康診断申込書 兼 受診希望者名簿

申込書類送付先：　福岡印刷工業協同組合　　〒812-0021 福岡市博多区築港本町6－1
申　込　期　日：　令和5年6月5日（月）

**福　岡　印　刷　工　業　協　同　組　合**

【健診実施機関】
公益財団法人 福岡労働衛生研究所(労衛研)
〒815-0081 福岡市南区那の川1-15-5
●問い合わせ先　　☎　092-526-1033
担当 渉外部 明松　　FAX 092-526-1039
●健診センター予約に関するお問い合わせ
担当 予約係　　電話・ＦＡＸ同上

【健診センターのご案内】
○労衛研健診センター　福岡市南区那の川1-11-27
○天神健診センター　福岡市中央区天神2-8-36 天神NKﾋﾞﾙ2F

新規のご利用、誠にありがとうございます。太枠内に必要事項をご記入の上、ご返信くださいますようお願い申し上げます。

●事業所様情報●

| | | | |
|---|---|---|---|
| 事業所コード | | ご担当者様名 | |
| 事業所様名 | | | |
| 所在地 | 〒 | | |
| 電話番号 | | FAX番号 | |
| ご確認事項 | ○職場の作業環境測定をご希望されますか？(作業環境測定士が工場を訪問)　（ はい　・　いいえ ）<br>○健康診断後の保健師による保健指導をご希望されますか？　（ はい　・　いいえ ） | | |

**記載方法**　⇒
太枠内の空欄へ必要事項のご入力をお願いいたします。そして、"健診コース"を○印でご選択ください。"特殊健診"は必要に応じてご選択ください。健診センターご受診の際は、"健診センター予約"へご記入もよろしくお願いいたします。
受診希望の健診センターを、労衛研健診センター(那の川)又は、天神健診センター(天神）のいずれかからご選択ください。
健診車で受診される方は、"健診センター予約"欄の記載は不要です。

保険者番号　40　　FCF番号（該当事業所・不明場合は未記入）　　（　年齢基準日：　2024/4/1　）

| No. | | 団体正式名称 | 受診者番号 | 保険証記号 | 保険証番号 | カナ氏名 | 漢字氏名 | 性別 | 生年月日 | 年齢 | 健診コース B 定期健診 | 健診コース C 協会健保 | 特殊健診 (3)ｲｿﾌﾟﾛﾋﾟﾙｱﾙｺｰﾙ | 特殊健診 (4)ｲｿﾍﾟﾝﾁﾙｱﾙｺｰﾙ(ｲｿﾌﾞﾁﾙｱﾙｺｰﾙ) | 特殊健診 (11)ｷｼﾚﾝ | 特殊健診 (18)酢酸ｴﾁﾙ | 特殊健診 (37)ﾄﾙｴﾝ | 特殊健診 (42)ﾒﾀﾉｰﾙ | 特殊健診 (54)ﾐﾈﾗﾙｽﾋﾟﾘｯﾄ | 特殊健診 1.2ｼﾞｸﾛﾙﾌﾟﾛﾊﾟﾝ | 特殊健診 ジクロロメタン | 特殊健診 追加 | 健診センター予約 受診希望健診センター | 健診センター予約 第一希望日 | 健診センター予約 第二希望日 | 胃透視検査に代えて胃カメラ検査を希望 | 半日人間ドック | 付加健診 | 乳がん検診 | 子宮頸がん検診 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 例 | | 福岡労働衛生研究所 | | 94320619 | 9999 | ﾛｳｴｲｹﾝ　ﾊﾅｺ | 労衛研 花子 | 女 | 1982/1/1 | 42歳 | | ○ | | | ○ | | | | | | | | 那の川・(天神) | 9月5日 | 9月20日 | 経鼻・(経口) | ○ | | | ○ |
| 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 那の川・天神 | | | 経鼻・経口 | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 那の川・天神 | | | 経鼻・経口 | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 那の川・天神 | | | 経鼻・経口 | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 那の川・天神 | | | 経鼻・経口 | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 那の川・天神 | | | 経鼻・経口 | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 那の川・天神 | | | 経鼻・経口 | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 那の川・天神 | | | 経鼻・経口 | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 那の川・天神 | | | 経鼻・経口 | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 那の川・天神 | | | 経鼻・経口 | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 那の川・天神 | | | 経鼻・経口 | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 那の川・天神 | | | 経鼻・経口 | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 那の川・天神 | | | 経鼻・経口 | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 那の川・天神 | | | 経鼻・経口 | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 那の川・天神 | | | 経鼻・経口 | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 那の川・天神 | | | 経鼻・経口 | | | | |
| 16 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 那の川・天神 | | | 経鼻・経口 | | | | |
| 17 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 那の川・天神 | | | 経鼻・経口 | | | | |
| 18 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 那の川・天神 | | | 経鼻・経口 | | | | |
| 19 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 那の川・天神 | | | 経鼻・経口 | | | | |
| 20 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 那の川・天神 | | | 経鼻・経口 | | | | |

受診される方の、保険証の記号・

受診される方の、氏名・フリガナ・性別・生年月日・年齢をご記入ください。

別紙ご案内の、希望する健診

特殊健診をご希望の場合にのみ、使用している溶剤名をご選択ください。

施設での受診を希望の方のみ

受診希望の施設・来院日を、ご記入ください。

オプション検査を受診希望の場合にご選択ください。

個人情報の取り扱いについて

弊所では、受診者様の個人情報について十分留意し健康診断を行っております。詳しくは、受診票の「個人情報保護について同意のお願い」をご覧ください。