

関東子ども健康調査支援基金

この申込用紙にご記入の上、FAXにてお申込みください。
お住まいにより送信先が違いますのでご注意ください。

FAX 受付時間 / 7:00 ~ 20:00

FAX

送信先

塩谷町の方 0287-45-1861 (大山)

矢板市の方 0287-44-2427 (井田)
および岡辺市町村の方

甲状腺検診申込書

(検診予約 2016年11月塩谷・矢板検診用)

- 申込み用紙に書かれた個人情報、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きます。
- 過去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」欄のみをご記入ください。
- 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。

申込日 年 月 日

受診者氏名 (ふりがな)	受診者ID	性別	基金甲状腺検診受診の有無	生年月日 (西暦) <small>※西暦は、お届かめの上でご記入ください。</small>	年齢
ふりがな		男・女	有・無	年 月 日	歳
ふりがな		男・女	有・無	年 月 日	歳
ふりがな		男・女	有・無	年 月 日	歳
ふりがな		男・女	有・無	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。

ふりがな	所属団体	
氏名		
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日 年 月 日
ふりがな		
住所	〒	
連絡先	電話	
	メールアドレス	
	(できるだけ携帯番号をご記入ください)	

※検診日時をお知らせしますので **必ずつながる連絡先** をご記入ください。

※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。

ご都合の悪い日のみ X 印をご記入ください。

検診日	<input type="checkbox"/> 2016年11月12日(土)
	<input type="checkbox"/> 2016年11月13日(日)

- 12日、13日のどちらでもよい場合は印は付けなくても構いません。
- 確定日時を逃してご連絡いたします。
- 連絡がない場合はお問合せください。

担当者記入欄

検診予定日時	2016年11月 日 時	分頃から
連絡担当者	連絡日時	/