**※申し込み方法**

（１）申込書に希望する健診年月日と時間帯など必要事項をご記入の上、健診料を添えて早めに商工会議所事務局までお申し込み下さい。

（２）検査日・時間等は商工会議所で取りまとめ､後日､釧路市医師会健診センターより受診票、注意事項など送付の際に一緒に通知いたします。

(受診日・時間等に不都合のある方は予めご相談ください｡)

**※個人情報の取り扱いについて**

　健診申込書にご記入いただく事項は、受診票を発行する為､受診コース・受診日時・氏名・生年月日・性別となり、個人情報となります。

　　従いまして､お申し込みいただく時点で､当所の規定に基づき個人情報に関する下記事項の取里扱いに同意頂きたくご確認をお願い申し上げます。

　１．健診受付業務全般に利用します。

　２．健診実施機関である釧路市医師会健診センターへ申込者の名簿を提供いたします。

　　　尚、受付後、釧路市医師会健診センターから健康診断受診票が送付されますので、当該センターが管理する個人情報に関する取り扱いについても､あわせてご確認願います。

**２．健診申込書**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所又は  受診者氏名 |  | | | | | |
| 事業所又は  受診者住所 | 釧路市 | | | 電話番号 |  | |
| **※希望する受診日を記入し、希望する班とコースを○で囲んで下さい。** | | | | | | |
| 健診希望日 | 受診コース | 受診者氏名（ﾌﾘｶﾞﾅ） | 生　年　月　日 | | | 性別 |
| 月　日 1. 第一班  2. 第二班 | 1.生活習慣病  2.ﾒﾀﾎﾞ健診  3.大腸がん  4.動脈硬化 | (ﾌﾘｶﾞﾅ) | 大正  昭和 年　　月　　 日生 平成 | | | 男  ・  女 |
| 氏名 |
| 月　日 1. 第一班  2. 第二班 | 1.生活習慣病  2.ﾒﾀﾎﾞ健診  3.大腸がん  4.動脈硬化 | (ﾌﾘｶﾞﾅ) | 大正  昭和 年　　月　　 日生 平成 | | | 男  ・  女 |
| 氏名 |
| 月　日 1. 第一班  2. 第二班 | 1.生活習慣病  2.ﾒﾀﾎﾞ健診  3.大腸がん  4.動脈硬化 | (ﾌﾘｶﾞﾅ) | 大正  昭和 年　　月　　 日生 平成 | | | 男  ・  女 |
| 氏名 |
| 月　日 1. 第一班  2. 第二班 | 1.生活習慣病  2.ﾒﾀﾎﾞ健診  3.大腸がん  4.動脈硬化 | (ﾌﾘｶﾞﾅ) | 大正  昭和 年　　月　　 日生 平成 | | | 男  ・  女 |
| 氏名 |
| 月　日 1. 第一班  2. 第二班 | 1.生活習慣病  2.ﾒﾀﾎﾞ健診  3.大腸がん  4.動脈硬化 | (ﾌﾘｶﾞﾅ) | 大正  昭和 年　　月　　 日生 平成 | | | 男  ・  女 |
| 氏名 |
| 月　日 1. 第一班  2. 第二班 | 1.生活習慣病  2.ﾒﾀﾎﾞ健診  3.大腸がん  4.動脈硬化 | (ﾌﾘｶﾞﾅ) | 大正  昭和 年　　月　　 日生 平成 | | | 男  ・  女 |
| 氏名 |
| 月　日 1. 第一班  2. 第二班 | 1.生活習慣病  2.ﾒﾀﾎﾞ健診  3.大腸がん  4.動脈硬化 | (ﾌﾘｶﾞﾅ) | 大正  昭和 年　　月　　 日生 平成 | | | 男  ・  女 |
| 氏名 |

**※申し込み希望者は、全員個人情報の取り扱いに同意承諾したことを確認致しました。**

　　　　　　申し込み担当者名

**釧路商工会議所 釧路市医師会健診センター**

　　電話 0154-41-4141 　 電話 0154-25-4774

　 FAX 0154-41-4000 FAX 0154-25-7989