

# 大阪商工会議所健康管理サービス申込書

(郵送健診を除く)

必要事項をご記入のうえ、大阪商工会議所の下記担当まで、FAX(06-6944-6527)または郵送でお送りください。

大阪商工会議所 会員部 会員組織担当 行 <住所> 〒540-0029 大阪市中央区本町橋2-8  
<FAX> 06-6944-6527

年 月 日

ふりがな 事業所名	連絡ご担当者
所在地 〒	電話番号 ( )
会員 KT ・ K - -	特商 T - -
一般	

ご利用の健診機関に○印をつけて下さい。

2ヶ所以上の健診機関にお申込の場合は、申込書をコピーして健診機関ごとにご記入下さい。

- ① 財団法人日本労働文化協会 大阪健診センター
- ② 医療法人崇孝会 長堀分院
- ③ 船員保険 大阪健康管理センター
- <要予約> ④ 済生会中津病院 総合健診センター
- <要予約> ⑤ 医療団体杏滞会 大谷クリニック
- <要予約> ⑥ 大阪警察病院附属 人間ドッククリニック
- <要予約> ⑦ 淀川キリスト教病院 健康管理増進センター
- <要予約> ⑧ 医療法人聖授会 OCAT予防医療センター
- <要予約> ⑨ 財団法人みどり健康管理センター
- <要予約> ⑩ 医療法人春次会 ツイン春次クリニック
- ⑪ 財団法人大阪脳神経外科病院
- <要予約> ⑫ 財団法人日本生命済生会 総合健診クリニック ニッセイ予防医学センター
- <要予約> ⑬ 医療法人一翠会 一翠会千里中央健診センター

<要予約>：予約制です。直接健診機関に電話をして予約をお取り下さい。その後、申込書に記載し大阪商工会議所へFAXもしくは郵送にてお送りください。  
なお、<要予約>以外の健診機関でも事前の電話予約は可能です。(財団法人日本労働文化協会大阪健診センターを除く)

検査料の支払い方法 ○印をつけて下さい ・当日持参 ・事前振込 ・後日振込

健診日の予約について ○印をつけて下さい ・予約済 ・予約していない

	受診者氏名	ふりがな	性別	生年月日	受診コース	オプション希望	受診希望日	
							第1	第2
1			男・女	・				
2			男・女	・				
3			男・女	・				
4			男・女	・				
5			男・女	・				
6			男・女	・				
7			男・女	・				
8			男・女	・				
9			男・女	・				
#			男・女	・				

※上記の情報は、健診機関への申込みや大商事業のお知らせのために利用します。  
※各健診機関は、健康管理業務以外、上記情報を利用しません。