人間ドック新規受診者ご紹介キャンペーン申込書

FAX・郵便または健康管理センターに持参して下さい

**厚生連高岡健康管理センター　　〒９３３－０８４３　高岡市永楽町５－１０**

**ＦＡＸ番号　０７６６－２４－８２１８　　電話番号　０７６６－２１－３９３０**

**厚生連滑川健康管理センター　　〒９３６－８５８５　滑川市常盤町１１９**

**ＦＡＸ番号　０７６－４７５－２３９５　　電話番号　０７６－４７５－２２５４**

**～注意事項～　必ずお読みください！**

※必ず受診される方の同意を得て申込み下さい。目的以外の使用は禁止します。

※健康管理センターで確認後、キャンペーンに該当するか、また健診日確認の連絡をいたします。

**【初めて人間ドックを受診される方】**

|  |  |
| --- | --- |
| 住　　所 | 〒 |
| フリガナ |  | 　　　　性　別　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 名　　前 |  | 　　　男　・　女　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 生年月日 | 昭・平　　　年　　月　　日 |
| 電話番号 | （　　　　　）　　　　－　　　　　　　　（日中につながる番号で） |
| 農協組合員（準） | 　　　はい　　・　　いいえ |
| 健診希望日 | 　令和 ４ 年 ２・３・４ 月（希望の月を○で囲んで下さい）　　 |

**【紹介者】**

|  |  |
| --- | --- |
| 住　　所 | 〒 |
| フリガナ |  |
| 名　　前 |  |
| 生年月日 | 昭・平　　　年　　月　　日 |
| 電話番号 | （　　　　　）　　　　－　 |

|  |
| --- |
| キャンペーンについての問合せは上記の電話番号へお掛け下さい |

※厚生連使用欄（記入しないでください）

|  |
| --- |
| キャンペーン（ 対象 ・ 対象外 ）　 ※　　年　　月　　日受診のため　 　　　　　　　健診実施日　　　令和４年　　月　　日ＪＡ全農連絡日　令和４年　　月　　日 |