

関東子ども健康調査支援基金

この申込み用紙にご記入の上、下記FAXかメールにてお送り下さい。

※このPDF用紙は直接記入できるフォームです。入力していったん保存の上、下記までご返信下さい。

メールにて添付の場合→ koujou1000@yahoo.co.jp ※このアドレスを受信できるように設定をお願いします。
FAXの場合→ 029-859-0264 (浅野あて)

甲状腺検診申込書

[検診予約 2017年2月つくば会場用]

※申込み書に書かれた個人情報は、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く予定です。

申込日: 年 月 日

※当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」の欄のみご記入ください。

※初回受診後、転居された場合のみ新住所のご記入もお願いします。

※初めて受診する方は全てご記入ください。

Table with 7 columns: 受診者氏名(ふりがな), 受診者ID, 基金甲状腺検診受診の有無, 性別, 生年月日(西暦), 年齢. It contains 4 rows for registration details.

※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。

Table for guardian information with columns for 氏名, 性別, 生年月日(西暦), 保護者ID, 住所, 連絡先 (電話, メールアドレス).

※検診時刻をお知らせするので必ずつながる連絡先をご記入下さい。

※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。

Table for 検診希望時刻 (2016年2月11日(土) 時~時)

確定時刻を追ってご連絡いたしますので、連絡がない場合はお問い合わせください。尚、上記ご希望に添えない場合がありますのでご了承ください。

以下 担当者記入欄

Table for 検診予定日時 (年 月 日 時 分頃から)

Table for 連絡担当者 (連絡日時 /)