

令和8年度 出張会場健康診断申込書

希望会場に○を記入してください。

健診会場		2月予定	笠間市会場(地域交流センターいわま「あたご」) 住所: 笠間市下郷4438番地7
		2027/2/13(土)	石岡市会場(ふれあいの里「ひまわりの館」) 住所: 石岡市大砂10527-6

事業所情報をご記入ください。

事業所名	
所在地	〒
電話番号	
FAX番号	
担当者氏名	
メール	

受診票・請求書・結果送付先情報をご記入ください。(と同じ場合は記入不要)

事業所名	
所在地	〒
電話番号	
FAX番号	
担当者氏名	
メール	

受診者情報をご記入ください。

	氏名	フリガナ	性別	生年月日	保険者番号	保険証記号	保険証番号
1							
2							
3							

その他

--

申込先: (一財)全日本労働福祉協会 茨城県支部
 TEL: 0299-37-8855 FAX: 0299-37-8857
 メール: iba-jimu@zrf.or.jp 担当: 渉外課 安田