

東 病 号 外
平成 31 年 4 月 1 日

健康診断受診希望の皆様へ

岩手県立東和病院

採用候補者等の健康診断について（依頼）

健康診断は午後に予約制で実施することといたしますので、皆様にはご面倒をお掛けいたしますがご協力をお願いいたします。

1. 健康診断実施日時

平成 31 年 4 月 1 日（月）から

但し、土日・祝日・火曜日・水曜日を除きます。

受付時間 13 時 30 分～15 時

※ 当日は予約順ではなく受付順に検査等を実施いたします。予約人数によっては待ち時間が長くなる場合がございます。

2. 予約申込み方法

- ① 「健康診断申込書」により、受診日の 3 営業日前までに診断書様式を添えて当院窓口又は FAX でお申込み下さい。「健康診断申込書」は事務にございますのでお申し出下さい。ホームページにも掲載しておりますのでご利用下さい。ご希望日にご予約をお受けできない場合は申込書記載の電話番号へこちらからご連絡いたします。
- ② 受診の当日は、13 時 30 分から 15 時までに健康診断申込書と診断書様式を持参し、窓口に提出をお願いいたします。料金のお支払いが事業所払いの場合は、その旨が記載され請求先がわかる書類をお持ちください。また、当院の診察券をお持ちの方は、受診当日に健康診断申込書と一緒に提出願います。

3. その他

- ① 予約状況によっては予約の変更をお願いする場合がございますので、ご協力をお願いいたします。
- ② 予約の変更や不明な点がございましたら、電話 0198-42-2211 までご連絡をお願いいたします。
- ③ 当日の予約人数により待ち時間がかかる場合がございますことご了承ください。

【担当 岩手県立東和病院 医事経営課 三上 TEL0198-42-2211（内線 106）】

東和病院 健康診断担当者 宛

このままFAX送信願います。(送信先 0198-42-4417)

別紙

「健康診断申込書」

- 1 健康診断受診日： _____ 年 月 日
- 2 氏名（フリガナ）： _____ (_____)
- 3 生年月日（和暦）： _____
- 4 性別（男・女）： _____
- 5 郵便番号 _____ :
- 6 住所 _____ :
- 7 電話番号 _____ :
- 8 勤務先 _____ :
- 9 勤務先電話番号 _____ :
- 10 お支払い方法 _____ : 事業所払い・本人払い・その他(_____)

※受診日の3営業日前までに本書と診断書様式の送信をお願いいたします。

なお、診断書様式については、必要事項を記入し、不要な項目を斜線で消す等、検査項目を明らかにして送付をお願いいたします。

受診の当日は、本書と診断書様式を持参し、窓口にて提出をお願いいたします。

また、当院の診察券をお持ちの方は、受診当日に本書と一緒に提出願います。