受診者報告書

川西市産業振興課　宛

事業所名

（事業所在地　　）

（担当者名　　）
（TEL　　）
（メール　　）

11月17日（金）までに
当様式にて、受診者情報を必ず報告してください。

【事業主の皆さまへ】
※健康診断に係る書類等の事前準備を行う必要がありますので、受診者の情報を川西市ホームページ入力フォームからご連絡ください。
入力フォームでの連絡が難しい場合は川西市産業振興課まで、下記様式にて
郵送（〒666-8501　川西市中央町12－1）またはFAX（740－1332）、メール（kawa0181@city.kawanishi.lg.jp）
にて、**11月17日（金）までに**ご報告くださいますようお願い申しあげます。
※様式は川西市ホームページにも掲載しておりますが、様式データ送信希望の事業者はメール（kawa0181@city.kawanishi.lg.jp）にてご連絡ください。

下記のとおり、報告いたします。

No.	受診日	受付時間	氏　名	フリガナ	受診コース	性別	年齢	生年月日	備考
1	／								
2	／								
3	／								
4	／								
5	／								
6	／								
7	／								
8	／								

↓受診コースについては、下記A～Hを選択してください。

A：セット健診のみ＝8,460円
B：セット健診＋心電図検査＝9,760円
C：セット健診＋聴力検査＝8,860円
D：セット健診＋心電図検査＋聴力検査＝10,160円
E：セット健診＋胃がん検診＝11,660円
F：セット健診＋心電図検査＋胃がん検診＝12,960円
G：セット健診＋聴力検査＋胃がん検診＝12,060円
H：セット健診＋心電図検査＋聴力検査＋胃がん検診＝13,360円

※胃がん検診は、**前日の夜9時から検査終了までは、絶飲・絶食**ですのでご注意ください。

No.	受診日	受付時間	氏　名	フリガナ	受診コース	性別	年齢	生年月日	備考
9	／								
10	／								
11	／								
12	／								
13	／								
14	／								
15	／								
16	／								
17	／								
18	／								
19	／								
20	／								
21	／								
22	／								
23	／								
24	／								
25	／								
26	／								

No.	受診日		氏　名	フリガナ	受診コース	性別	年齢	生年月日	備考
27	／								
28	／								
29	／								
30	／								
31	／								
32	／								
33	／								
34	／								
35	／								
36	／								
37	／								
38	／								
39	／								
40	／								
41	／								
42	／								
43	／								
44	／								
45	／								