

事業所名 _____ ご担当者名 _____

住所（任意継続の方はご自宅）〒 _____

電話 _____ FAX _____

令和8年度 生活習慣病予防健診抽選申込エントリーシート

胃カメラ用 3/3(火)必着

35歳～74歳の方

胃カメラ希望の方は下記の表に受診者の人数をご記入ください。

抽選結果は3/6（金）から郵送いたします。

受診希望時期	令和8年 (4～6月)	令和8年 (7～9月)	令和8年 (10～12月)	令和9年 (1～3月)	希望なし (いつでも OK)
男性					
女性					

合計	名
----	---

*受診希望時期は7～12月に集中する傾向があります。

*ご希望に添いかねる場合もございます。ご了承ください。

落選時はキャンセル待ちを希望しますか？ * はい / いいえ

* はい とお答えの方 ～どちらかお選びください～

(○印)	1.胃透視での予約はせず、カメラのみキャンセル待ちをします。 (キャンセルがありましたらご連絡いたしますが、無かった場合は今年度受診いただけません。) 計 人
(○印)	2.胃透視で予約をしておき、カメラのキャンセルが出た場合はカメラに変更を希望します。 (カメラのキャンセルがありましたらご連絡いたします。キャンセルが無かった場合は透視にて受診となります。) 【4～9月】 男 人 女 人 【10～3月】 男 人 女 人

その他、備考（連絡事項・要望等）

～記入例～ ○/○は避けてください。携帯電話番号、定休日 等

【注】受診希望者は **35歳～74歳**で全国健康保険協会（協会けんぽ）の加入者ご本人のみです。
(家族（被扶養者）は受診できません。)

申込先 福井県立病院 健康診断センター

FAXの場合 0776-57-2921

郵送の場合 〒910-8526 福井市四ツ井2丁目8番1号