

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 ～ 1 2 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