

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

**若年(20・25・30歳) 3/3(火)必着**

**胃検査・便検査なし用**

一般健診(若年)**20・25・30歳**で希望の方は下記表の希望月に人数を記入してください。  
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
----	---

\*ご希望に添いかねる場合もございます。ご了承ください。

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**20・25・30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