

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