

# 連絡先等変更届け

様式③

以下の①②に該当される方はご記入後、協会けんぽ・各種健康診断申込書と同時にFAXをお願いします。

①初めて受診される方

②過去に受診歴があり氏名、住所、連絡先等の変更がある方

## 【事業所名称】

### ①初めて受診される方

受診日	フリガナ 氏名	性別	生年月日	自宅住所	電話番号
	(旧姓: )	男・女	S・H 年 月 日	〒	
	(旧姓: )	男・女	S・H 年 月 日	〒	
	(旧姓: )	男・女	S・H 年 月 日	〒	
	(旧姓: )	男・女	S・H 年 月 日	〒	
	(旧姓: )	男・女	S・H 年 月 日	〒	

### ②過去に受診歴がある方

受診日	フリガナ 氏名	性別	生年月日	自宅住所	電話番号
	(旧姓: )	男・女	S・H 年 月 日	〒	
	(旧姓: )	男・女	S・H 年 月 日	〒	
	(旧姓: )	男・女	S・H 年 月 日	〒	
	(旧姓: )	男・女	S・H 年 月 日	〒	
	(旧姓: )	男・女	S・H 年 月 日	〒	

荒尾市立有明医療センター 健康管理センター

FAX. 0968-62-4480

