

申込日 年 月 日

## 海外渡航・雇用時健診申込書

フリガナ 氏名	(男・女)	生年月日	年	月	日
住所	〒				
連絡先	TEL	FAX			
渡航先 (国名)					
診断書様式	<input type="checkbox"/> 所定英文書 ( 部) <input type="checkbox"/> 所定和文書 ( 部) <input type="checkbox"/> 当院英文書 ( 部) <input type="checkbox"/> 当院和文書 ( 部) ※所定の診断書がある場合は、申込時に必ず FAX をお願い致します。				

### 注意事項

- \* 当日、朝食は召し上がりずにお越し下さい。但し、水分（水・茶等）は摂って頂いて構いません。
- \* 所定の診断書に記載が必要な場合は、当日必ずお持ち下さい。写真貼付が必要な場合は、必ず貼付してお持ち下さい。
- \* 妊娠中又は妊娠の可能性がある方、授乳中や月経中の方は受診出来ない検査がございます。
- \* お子様を連れて来院される場合、一緒に検査をお回り頂くことは出来ません。健康管理センター待ち合い室でお子様のみお待ち頂くか、付添の方とお待ち下さい。
- \* 診断書は一週間後に出来上がります。出来上がった診断書は、ご本人様に取りに来て頂きます。郵送をご希望の場合は、郵便局等でレターパックをご購入頂き、当日お持ち下さい。

### 健診予約日時

年 月 日 ( ) 9 : 45

備考

神戸赤十字病院 健康管理センター  
担当 ( )

TEL (078) 241-7055

FAX (078) 241-7054