

お問い合わせについては、この用紙によりご連絡ください。

日程調整のうえ、担当者が訪問して説明いたします。

FAX送信票

福岡県庁 健康増進課 保健事業係 行

FAX:092-643-3271

どちらかの番号に○をつけてください。

1 詳しい説明が聞きたい。

2 取組に参加したい。

御社名 (事業所名)			
御住所	(〒 -)		
(連絡先) 担当者	所属部署		
	役職・氏名		
	電話番号		
	電子メール		

アンケートの記入をお願いします。

○従業員数 (約 人 うち女性 人) ※平成24年4月1日現在の職員数をご記入ください。

○企業の福利厚生として実施しているがん検診に○をつけてください。

・ なし

- | | | | | |
|-------------|------------|---------|-------------|-----------------|
| ・ 人間ドック: | ()歳以上全員 | ・ 希望者全員 | ・ 希望者(定員あり) | →平成23年度受診者数()人 |
| ・ 胃がん検診: | ()歳以上全員 | ・ 希望者全員 | ・ 希望者(定員あり) | →平成23年度受診者数()人 |
| ・ 大腸がん検診: | ()歳以上全員 | ・ 希望者全員 | ・ 希望者(定員あり) | →平成23年度受診者数()人 |
| ・ 肺がん検診: | ()歳以上全員 | ・ 希望者全員 | ・ 希望者(定員あり) | →平成23年度受診者数()人 |
| ・ 乳がん検診: | ()歳以上女性全員 | ・ 希望者全員 | ・ 希望者(定員あり) | →平成23年度受診者数()人 |
| ・ 子宮がん検診: | ()歳以上女性全員 | ・ 希望者全員 | ・ 希望者(定員あり) | →平成23年度受診者数()人 |
| ・ その他のがん検診: | ()歳以上全員 | ・ 希望者全員 | ・ 希望者(定員あり) | →平成23年度受診者数()人 |

(記入例)

○胃がん検診: ()歳以上全員 ・希望者全員 ・希望者(定員あり) → 平成23年度受診者数(35)人

連絡事項(月～金に定休日がある場合、連絡がとりにくい時間帯がある場合など)