

令和7年度 特定健康診査・特定保健指導・大腸がん検診

機関登録変更申出書

(記入例)

令和 年 月 日

一般社団法人 熊本市医師会
会長 園田 寛 行

令和7年度 特定健康診査・特定保健指導の集合契約について貴会に委託し、変更欄にチェック(☑)を入れた項目について変更し、実施機関として登録をお願いいたします。

※ 前年度(令和6年度)と同じ内容でご契約の場合は、自動更新とさせていただきますのでご提出不要です。
変更する場合のみ、ご提出をお願いいたします。

変更欄

実施内容 (検査・保健指導)	実施する項目に✓を入れてください。 <input checked="" type="checkbox"/> 特定健康診査 <input checked="" type="checkbox"/> 心電図検査 <input checked="" type="checkbox"/> 眼底検査 <input checked="" type="checkbox"/> 特定保健指導(動機付け支援) <input type="checkbox"/> 特定保健指導(積極的支援) <input checked="" type="checkbox"/> 大腸がん検診(熊本市在住の40歳以上の方が対象)
人間ドック との併用	該当する項目に✓を入れてください。(人間ドック実施機関のみ記入) 受診券を <input type="checkbox"/> 利用する <input type="checkbox"/> 利用しない 受診券を利用する場合 <input type="checkbox"/> 周知する <input type="checkbox"/> 周知しない ※ 周知する場合、熊本市のホームページ及び対象者に配布される 実施機関一覧表に掲載されます。
機関情報	変更する項目に✓を入れ、記入してください。 <input type="checkbox"/> 医療機関番号(431で始まる番号) 431 <input type="checkbox"/> 医療機関名 <input type="checkbox"/> 所在地 〒 - 熊本市 区 <input type="checkbox"/> 連絡先 TEL FAX <input type="checkbox"/> 代表者名 <input checked="" type="checkbox"/> 結果通知表示医師名 特定 太郎 ※ 特定健康診査結果通知票に医師名として記載されます。

太枠内は、必ずご記入をお願いいたします。

医療機関番号	431	1234567
医療機関名	とくていクリニック	TEL 096-123-4567
本件についてのお問い合わせにご対応いただける担当者名		
部署	総務課	フリガナ クマモト ハナコ
		氏名 熊本 はな子

一般社団法人 熊本市医師会

【特定健康診査窓口】 医師会ヘルスケアセンター

直通TEL/FAX : (096)375-0522

E-mail : health-tokutei@mbr.nifty.com