

## 健康診断申し込み用紙

名前	フリガナ	性別	生年月日	健診コース	希望するオプションなど	第1希望日	第2希望日	第3希望日
		男・女	平成・昭和 年 月 日					
		男・女	平成・昭和 年 月 日					
		男・女	平成・昭和 年 月 日					
		男・女	平成・昭和 年 月 日					
		男・女	平成・昭和 年 月 日					
		男・女	平成・昭和 年 月 日					
		男・女	平成・昭和 年 月 日					
		男・女	平成・昭和 年 月 日					
		男・女	平成・昭和 年 月 日					

当院を利用するのは、今回はじめてですか？    はい    いいえ（前回利用年：平成    年）

（フリガナ）

会社名： \_\_\_\_\_ 住所： \_\_\_\_\_

担当者： \_\_\_\_\_ 部署： \_\_\_\_\_

連絡先電話番号： \_\_\_\_\_ 連絡希望時間： \_\_\_\_\_

FAX 番号： \_\_\_\_\_ 健康保険組合名または仲介業者名： \_\_\_\_\_

必要事項に記入の上、Fax をしてください。こちらから連絡を差し上げます。

3日経過しても、こちらから連絡がない場合には、申し訳ありませんが、再度、送信していただくか、電話でご連絡ください。

**FAX 048-955-5484**

FAX 送信日： \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

みさと健和病院 健診センター 048-955-5494（直通）午前11時から午後4時30分まで