

# - 定期健康診断(事業所健診)申込書 -

この度は、お申し込みありがとうございます。  
 お申込用紙を送付させて頂きますので、下記をご記入  
 頂き、当クリニックまでFAXにてご送付ください。  
 ご希望を頂戴しましたら、日時調整のうえ、受診書類  
 一式をお届けさせていただきます。  
 返信先FAX:042-518-7416

<b>事業所名</b>		<b>ご担当者氏名</b>	
<b>ご住所</b>	〒	<b>健康保険証記号</b>	
<b>お電話番号:</b>	<b>FAX番号:</b>	<b>健康保険組合名</b>	

No.	健康保険証の 個人番号	フリガナ 受診者氏名	性別	生年月日	年齢	健診コース	健診を希望される日時			追加検診(胃がん・肺がん・大腸がん・前立腺がん)
							第一希望 時間	第二希望 時間	第三希望 時間	
1			男・女	昭和・平成 年 月 日		I・II・人間ドック・脳ドック	月 日	月 日	月 日	
2			男・女	昭和・平成 年 月 日		I・II・人間ドック・脳ドック	月 日	月 日	月 日	
3			男・女	昭和・平成 年 月 日		I・II・人間ドック・脳ドック	月 日	月 日	月 日	
4			男・女	昭和・平成 年 月 日		I・II・人間ドック・脳ドック	月 日	月 日	月 日	
5			男・女	昭和・平成 年 月 日		I・II・人間ドック・脳ドック	月 日	月 日	月 日	
6			男・女	昭和・平成 年 月 日		I・II・人間ドック・脳ドック	月 日	月 日	月 日	
7			男・女	昭和・平成 年 月 日		I・II・人間ドック・脳ドック	月 日	月 日	月 日	
8			男・女	昭和・平成 年 月 日		I・II・人間ドック・脳ドック	月 日	月 日	月 日	
9			男・女	昭和・平成 年 月 日		I・II・人間ドック・脳ドック	月 日	月 日	月 日	
10			男・女	昭和・平成 年 月 日		I・II・人間ドック・脳ドック	月 日	月 日	月 日	

※ご希望されるお時間を御記載ください。

●受付時間●	※健診不可能日は日曜日・祝日・年末年始	①受診希望日時のご記入が無い場合、当院でいったんご予約させていただきます。 ②予約状況・検査内容によって、ご希望のお時間に予約が出来ない事がございますので御了承下さい。
① 9:00   ② 9:30   ③ 10:00   ④ 10:30   ⑤ 11:00   ⑥ 11:30		
⑦ 16:00   ⑧ 16:30   ⑨ AMいつでも   ⑩ PMいつでも		

- FAX返信先:042-518-7416 -

医療法人社団 みやびの会  
 こばやし内科小児科クリニック