

FAX (072) 876-7058

暇生会脳神経外科病院 行き



健康診断受診 申込書

受診者数	A 検診	男性	人	人	合計 人
		女性	人		
	B 検診	男性	人	人	
		女性	人		
	協会けんぽ検診	男性	人	人	
		女性	人		

※ 受診希望日（複数回答可能）に、○をして下さい

6/18 (金)	6/21 (月)	6/22 (火)	6/23 (水)	6/24 (木)	6/25 (金) AM	6/25 (金) PM	6/26 (土)	6/28 (月)	6/29 (火)	6/30 (水)

※備考欄へご希望を記入してください。

事務所名			
所在地	〒 -		
担当者	TEL ()	-	
	FAX ()	-	
備考欄	受診希望時間など（受診者名は別添Bへ記載） ※協会けんぽ検診を希望する場合→（健康保険証の記号)		

Aと別添**B**の2枚をFAX
で送信お願い致します。