

生活習慣病健診【自費】申込書

※受診日をご予約の後、必要事項をご記入のうえ、FAXにてお申込下さい。

事業所名			
事業所所在地	〒 _____		
電話番号	(_____)		
健康保険証の記号			事業所ご担当者

送付先:(支店・営業所等) ※事業所所在地と異なる場合のみご記入下さい

事業所所在地	〒 _____		
電話番号	(_____)	送付先ご担当者	

希望コースに○をして下さい。

フリガナ お名前	性別	生年月日	受診予約日	胃・便 あり 18,900円	胃・便 なし 10,500円	備考
	男・女	大・昭・平 年 月 日	月 日 午前・午後			
	男・女	大・昭・平 年 月 日	月 日 午前・午後			
	男・女	大・昭・平 年 月 日	月 日 午前・午後			
	男・女	大・昭・平 年 月 日	月 日 午前・午後			
	男・女	大・昭・平 年 月 日	月 日 午前・午後			
	男・女	大・昭・平 年 月 日	月 日 午前・午後			
	男・女	大・昭・平 年 月 日	月 日 午前・午後			
	男・女	大・昭・平 年 月 日	月 日 午前・午後			
	男・女	大・昭・平 年 月 日	月 日 午前・午後			
	男・女	大・昭・平 年 月 日	月 日 午前・午後			

(医)さわやか済世 葛飾健診センター
フリーダイヤル:0120-489-231

TEL:03-3693-7676/FAX:03-3693-0186