

シルバーブック【自費】申込書

【集合時間】 1部 7:45 2部 8:30 3部 12:30

※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	(_____)	FAX番号	(_____)
健康保険証・記号		事業所ご担当者	

送付先:(支店・営業所・自宅等) ※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 32,400円	胃・便 なし 22,680円	備考
	男・女	昭・平 年 月 日	月 日 () 1部・2部・3部			
	男・女	昭・平 年 月 日	月 日 () 1部・2部・3部			
	男・女	昭・平 年 月 日	月 日 () 1部・2部・3部			
	男・女	昭・平 年 月 日	月 日 () 1部・2部・3部			
	男・女	昭・平 年 月 日	月 日 () 1部・2部・3部			
	男・女	昭・平 年 月 日	月 日 () 1部・2部・3部			
	男・女	昭・平 年 月 日	月 日 () 1部・2部・3部			
	男・女	昭・平 年 月 日	月 日 () 1部・2部・3部			
	男・女	昭・平 年 月 日	月 日 () 1部・2部・3部			
	男・女	昭・平 年 月 日	月 日 () 1部・2部・3部			

医療法人社団 さわやか済世葛飾健診センター
 健診予約センター 0120-489-231 直通 03-3693-7676
 ◎お問合せ時間 AM9:00 ~ 12:00 PM1:00 ~ 5:00
 (月~金) ゼロイチハチロク
FAX 03-3693-0186