

生活習慣病健診【自費】申込書

【集合時間 平日】 男性AM9:15・PM13:30 女性AM8:30・PM13:00

【集合時間 土曜日】 男性AM9:45・PM13:30 女性AM9:15・PM13:00

※受診日をご予約の後、必要事項をご記入のうえ、FAXにてお申し込み下さい。 ※健診代金は税込みです。

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) ※上記と異なる場合のみご記入下さい。

送付先住所 □会社 □自宅	〒 _____		
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 氏名	性別	生年月日	受診予約日	胃・便 あり	胃・便 なし	備考
				19,800円	11,000円	
	男・女	昭・平 年 月 日	月 日 () AM・PM			
	男・女	昭・平 年 月 日	月 日 () AM・PM			
	男・女	昭・平 年 月 日	月 日 () AM・PM			
	男・女	昭・平 年 月 日	月 日 () AM・PM			
	男・女	昭・平 年 月 日	月 日 () AM・PM			
	男・女	昭・平 年 月 日	月 日 () AM・PM			
	男・女	昭・平 年 月 日	月 日 () AM・PM			
	男・女	昭・平 年 月 日	月 日 () AM・PM			
	男・女	昭・平 年 月 日	月 日 () AM・PM			
	男・女	昭・平 年 月 日	月 日 () AM・PM			

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

◎お問い合わせ時間 AM9:00~12:00 PM13:00~16:00

FAX 03-3693-0186