

FAX (072)-876-7058

囃生会 脳神経外科病院 行き

A

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		
	インフルエンザ接種	男性	人	人	
		女性	人		

※受診希望日(複数回答可能)に、○をしてください。

11月8日	11月9日	11月10日	11月11日	11月12日	11月12日	11月13日
月	火	水	木	金 AM	金 PM	土
11月15日	11月16日	11月17日	11月18日	11月19日	11月19日	
月	火	水	木	金 AM	金 PM	

↓御社の情報をご記入お願いします。

事務所名	
所在地	
担当者	様 TEL () FAX ()
備考	①受診希望時間など(受信者名は別添 <input type="checkbox"/> B へ記載) ②協会けんぽ検診を希望する場合 (生活習慣病予防健診対象者一覧 又は健康保険証の記号が必要です。) ③協会けんぽ検診対象者 35才以上(S61.4.2~)

A と **B** の 2枚をFAX
で送信お願い致します。