

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
		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		
					人

※受診希望日(複数回答可能)に、○をしてください。

11月7日	11月8日	11月9日	11月10日	11月11日	11月11日	11月12日	11月14日	11月15日	11月16日	11月17日	11月18日	11月18日
月	火	水	木	金 AM	金 PM	土	月	火	水	木	金 AM	金 PM

※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(受信者名は別添 <input type="checkbox"/> B へ記載)		
	※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。)		
	※協会けんぽ検診対象者 35才以上(昭和22年4月2日～昭和63年4月1日生まれ)		

A

**と別添 B の2枚をFAX
で送信お願い致します。**