

FAX (072)-876-7058



暇生会 脳神経外科病院 行き

A

# 健康診断受診 申込書

事業所名		
所在地	〒	
担当者	様	TEL (       )                      -
		FAX (       )                      -
備考欄	<p>① A検診・B検診ご希望の方は <input type="text" value="B"/> へ必要事項を記入して下さい。</p> <p>② 協会けんぽ健診を希望する場合対象者一覧表へ記入して下さい。 (生活習慣病予防健診対象者一覧が無い場合は <input type="text" value="C"/> へ記入して下さい。</p> <p>※ 協会けんぽ健診対象者 35才以上 ( S63.4.2～ )</p>	

A

と別添

B

C

の3枚をFAX

で送信お願い致します。