

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 <b>B</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希望日を記入して下さい。</p> <p>(生活習慣病予防健診対象者一覧が無い場合は <b>C</b> へ記入して下さい。</p> <p>※ 協会けんぽ健診対象者 35才以上 (H2.4.2～)</p>	

A

と別添

B

、

C

= (協会けんぽ対象者のみ) をFAX

で送信お願い致します。