

この方向に入れてください

医療法人 岩切病院
医事課 担当者 行

《個人用申込書》

健康診断・FAX申込書

年 月 日

① 企業様ご記入覧						
フリガナ	フリガナ			お申込人数		
会社名	代表者氏名			人		
ご住所 〒						
都 道		区 市				
府 県		町 村				
				電話番号	()	
② ご希望の健康診断コースに○を付けて下さい。						
<input type="checkbox"/> I方式 ・ <input type="checkbox"/> II方式 ・ <input type="checkbox"/> III方式 ・ <input type="checkbox"/> その他・追加検査						
③ 追加検査をご希望の方は、ご希望されます検査内容をご記入下さい。 (他に指定の用紙(様式)がある場合は添付してください。)						
④ 検査希望日(第一希望から第三希望日まで異なる日付をご記入ください。)						
第1希望日： 年 月 日						
第2希望日： 年 月 日						
第3希望日： 年 月 日						
⑤ ご家族の方で一緒に検診を申し込む場合にご記入ください。						
フリガナ 氏 名	性別	生 年 月 日	年齢	申込みコース	前年の用紙 の有無	
	男・女	年 月 日	歳	I方式・II方式・III方式・その他	有・無	
	男・女	年 月 日	歳	I方式・II方式・III方式・その他	有・無	
	男・女	年 月 日	歳	I方式・II方式・III方式・その他	有・無	
	男・女	年 月 日	歳	I方式・II方式・III方式・その他	有・無	
	男・女	年 月 日	歳	I方式・II方式・III方式・その他	有・無	

※申込み受領・詳細事項の確認のため、後日 お申込み頂いた方へお電話にてご連絡させていただきます。
※検診希望日・追加検査など必ずしもご希望に添えない場合がございます。予めご了承の程、宜しくお願いいたします。

FAX 022(255) 5581