

健康診断申込書

申込日 月 日

事業所名	フリガナ		
	担当者		
住所	〒		
TEL		FAX	
◎決済方法	当日現金 ・ 後日銀行振込 ← どちらか選んで、○で囲んで下さい。		

● 受診者名簿 ●

	受診者氏名 <small>(フリガナも正確にご記入ください。)</small>	性別	生年月日	健診コース A～Fコース 協会けんぽ一般健診	保険証 保険者番号 記号 番号	受診希望日 希望時間
例	フリガナ マスムラ タロウ ----- 榊村 太郎	⊙男 女	⊙ 44年7月1日	一般		02月05日 10:30
1	フリガナ -----	男 女	S 年 月 日			
2	フリガナ -----	男 女	S 年 月 日			
3	フリガナ -----	男 女	S 年 月 日			
4	フリガナ -----	男 女	S 年 月 日			
5	フリガナ -----	男 女	S 年 月 日			
6	フリガナ -----	男 女	S 年 月 日			
7	フリガナ -----	男 女	S 年 月 日			
8	フリガナ -----	男 女	S 年 月 日			
9	フリガナ -----	男 女	S 年 月 日			
10	フリガナ -----	男 女	S 年 月 日			

10名を越える場合は、コピーしてお使い下さい。

◆実施医療機関・お申し込み先◆

医療法人 愛悠会 愛悠会クリニック

〒571-0045

大阪府門真市殿島町6-4守口門真商会館

TEL 06-6908-1708 FAX 06-6908-0991