

健康診断申込書

博慈会記念総合病院 健康管理センター 宛て (FAX:03-6863-7070)

申し込み日: 平成 年 月 日

会社名:

担当者:

住所:

電話番号:

※希望の健診内容に○をして下さい。(税込み料金)

¥5,400 ¥8,640 ¥9,720 ¥12,960 ¥23,760 その他()

	健診希望日	受診者氏名	性別	生年月日	健診個人票	備考
1	/ () 午前・午後	-----	男・女	S・H 年 月 日	あり・なし	
2	/ () 午前・午後	-----	男・女	S・H 年 月 日	あり・なし	
3	/ () 午前・午後	-----	男・女	S・H 年 月 日	あり・なし	
4	/ () 午前・午後	-----	男・女	S・H 年 月 日	あり・なし	
5	/ () 午前・午後	-----	男・女	S・H 年 月 日	あり・なし	
6	/ () 午前・午後	-----	男・女	S・H 年 月 日	あり・なし	
7	/ () 午前・午後	-----	男・女	S・H 年 月 日	あり・なし	
8	/ () 午前・午後	-----	男・女	S・H 年 月 日	あり・なし	
9	/ () 午前・午後	-----	男・女	S・H 年 月 日	あり・なし	
10	/ () 午前・午後	-----	男・女	S・H 年 月 日	あり・なし	

返信の際は、FAX番号をお間違え無いう、再度ご確認お願い致します。