

健康診断申込書

会議所会員用

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 (フリガナも正確にご記入下さい。)	性別	生年月日	健診コース (A～Fコース)	追加項目 (1～22), 特殊健診など	受診希望日 希望時間
例	フリガナ カイギシヨ タロウ 会議所 太郎	男 女	44 年 7 月 1 日 H	A	有機・鉛検査 ①、⑦、⑨、⑩、⑪	6月10日 10:00
1	フリガナ	男 女	S H 年 月 日			
2	フリガナ	男 女	S H 年 月 日			
3	フリガナ	男 女	S H 年 月 日			
4	フリガナ	男 女	S H 年 月 日			
5	フリガナ	男 女	S H 年 月 日			
6	フリガナ	男 女	S H 年 月 日			
7	フリガナ	男 女	S H 年 月 日			
8	フリガナ	男 女	S H 年 月 日			
9	フリガナ	男 女	S H 年 月 日			
10	フリガナ	男 女	S H 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守口門真商工会館

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