

# 事業所健診申込書

事業所名： \_\_\_\_\_ 担当者： \_\_\_\_\_

健診希望日： \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( ) (1日 名ずつ)

住所：〒 \_\_\_\_\_

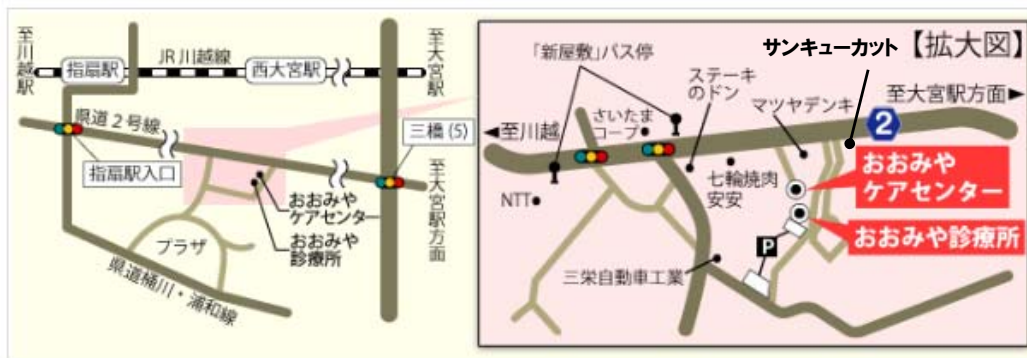
希望時間： \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ ~ \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

電話： \_\_\_\_\_ FAX： \_\_\_\_\_

健保名： \_\_\_\_\_ 健保 予定者数： \_\_\_\_\_ 名

- FAXでの申し込みをお願い致します。(FAX：048-622-7599)
- 氏名は、漢字及びカタカナの記入をお願い致します。
- 申込書の変更(追加やキャンセル等)がある場合は、**5営業日前まで**にご連絡ください。
- 生年月日の元号は「昭和=S、平成=H」です。○をつけてください。
- 自宅にグッズ郵送を希望される場合は、本人住所と電話番号をご記入ください。

	氏名	カタカナ	生年月日	性別	年齢	住所	電話番号	健診コース
1			S・H . .	男・女		〒	( )	
2			S・H . .	男・女		〒	( )	
3			S・H . .	男・女		〒	( )	
4			S・H . .	男・女		〒	( )	
5			S・H . .	男・女		〒	( )	
6			S・H . .	男・女		〒	( )	
7			S・H . .	男・女		〒	( )	
8			S・H . .	男・女		〒	( )	
9			S・H . .	男・女		〒	( )	
10			S・H . .	男・女		〒	( )	



医療生協さいたま生活協同組合 おおみや診療所

住所：〒331-0047 さいたま市西区指扇 1100-2

電話：048-624-0238 FAX：048-622-7599

問い合わせ：月～金 8：30～16：00



←ホームページはこちらから