

会社名 _____
 住所 _____
 Tel _____
 Fax _____
 ご担当者様 _____



住所 〒769-0103 高松市国分寺町福家甲3091番地4
 Tel 087-875-2525
 Fax 087-875-1830

安田内科 生活習慣病予防健診 申し込み用紙

例	ヤスダハナコ	性別	生年月日	保険者番号	記号	番号	希望する健診項目					備考
	安田 鼻子		年 月 日(歳)	01234567	123	4	一般健診	付加健診	子宮がん 検診	乳がん 検診	肝炎 ウイルス	
胃内視鏡検査			住 所		連絡先		○			○		
経口・ 経鼻			高松市国分寺町福家甲3091-4		087-875-2525							
1		年 月 日(歳)					一般健診	付加健診	子宮がん 検診	乳がん 検診	肝炎 ウイルス	
	胃内視鏡検査			住 所		連絡先						
	経口・経鼻											
2		年 月 日(歳)					一般健診	付加健診	子宮がん 検診	乳がん 検診	肝炎 ウイルス	
	胃内視鏡検査			住 所		連絡先						
	経口・経鼻											
3		年 月 日(歳)					一般健診	付加健診	子宮がん 検診	乳がん 検診	肝炎 ウイルス	
	胃内視鏡検査			住 所		連絡先						
	経口・経鼻											
4		年 月 日(歳)					一般健診	付加健診	子宮がん 検診	乳がん 検診	肝炎 ウイルス	
	胃内視鏡検査			住 所		連絡先						
	経口・経鼻											
5		年 月 日(歳)					一般健診	付加健診	子宮がん 検診	乳がん 検診	肝炎 ウイルス	
	胃内視鏡検査			住 所		連絡先						
	経口・経鼻											

1ヶ月内で3名様以上のご受診の場合、ご希望がありましたら請求書を発行し銀行振り込みのお支払いが可能です。