

生活習慣病予防健康診断(協会けんぽ)申込書

医療法人社団 やすぎはく愛クリニック 健診センター

(旧:医療法人社団 日立記念病院)

〒692-0011

安来市安来町1278-5

(TEL:0854-22-2269/FAX:0854-33-0381)

※提出はFAXでお願い致します。

事業所所在地: (〒 -)

事業所名称:

担当者名:

TEL:

FAX:

フリガナ 氏名	性別	生年月日 (和暦でご記入ください)	年齢	健診を 受ける日	健診コース	支払 (いずれかに ○を付けてく ださい)	胃部検査 (いずれかに○を 付けてください)	オプション検査	支払 (いずれか に○を付け てください)
	男・女	昭平			一般・付加 健診 健診	会社・本人	カメラ・透視・無		会社・本人
	男・女	昭平			一般・付加 健診 健診	会社・本人	カメラ・透視・無		会社・本人
	男・女	昭平			一般・付加 健診 健診	会社・本人	カメラ・透視・無		会社・本人
	男・女	昭平			一般・付加 健診 健診	会社・本人	カメラ・透視・無		会社・本人
	男・女	昭平			一般・付加 健診 健診	会社・本人	カメラ・透視・無		会社・本人
	男・女	昭平			一般・付加 健診 健診	会社・本人	カメラ・透視・無		会社・本人

【備考】※案内送付先として事業所以外に指定がある場合、その他何か特記事項がある場合はこちらにご記入ください。