

# 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 やすぎ博愛クリニック・総合健診センター

〒692-0011 安来市安来町1278-5

(TEL:0854-22-2269/FAX:0854-22-2183)

kenshin@yasugihakuai.jp

※提出はFAXかメールでお願い致します。

(〒 - )

事業所住所:

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 (いづれかに○を付けてください)	胃部検査 (いづれかに○を付けてください)	胃カメラ 差額支払 (いづれかに○を付けてください)	オプション検査	支払 (いづれかに○を付けてください)
	男・女	昭平			一般・付加 健診	会社・本人	カメラ・透視	会社・本人		会社・本人
	男・女	昭平			一般・付加 健診	会社・本人	カメラ・透視	会社・本人		会社・本人
	男・女	昭平			一般・付加 健診	会社・本人	カメラ・透視	会社・本人		会社・本人
	男・女	昭平			一般・付加 健診	会社・本人	カメラ・透視	会社・本人		会社・本人
	男・女	昭平			一般・付加 健診	会社・本人	カメラ・透視	会社・本人		会社・本人
	男・女	昭平			一般・付加 健診	会社・本人	カメラ・透視	会社・本人		会社・本人
	男・女	昭平			一般・付加 健診	会社・本人	カメラ・透視	会社・本人		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。