

健康診断申込書

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:22-2183)

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)	備考(特殊健診・オプション等)	支払 (いずれかに ○を付けて ください)
	男・女	昭平				会社・本人		会社・本人
	男・女	昭平				会社・本人		会社・本人
	男・女	昭平				会社・本人		会社・本人
	男・女	昭平				会社・本人		会社・本人
	男・女	昭平				会社・本人		会社・本人
	男・女	昭平				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。