

生活習慣病健診【自費】申込書

※受診日をご予約の後、必要事項をご記入のうえ、FAXにてお申込下さい。

事業所名			
事業所所在地	〒 _____		
電話番号	(_____)	FAX番号	(_____)
健康保険証・記号		事業所ご担当者	

送付先：(支店・営業所・自宅等) ※事業所所在地と異なる場合のみご記入下さい

送付先住所 □会社 □自宅	〒 _____		
電話番号	(_____)	送付先ご担当者	

希望コースに○をして下さい。

フリガナ お名前	性別	生年月日	受診予約日	胃・便 あり 19,440円	胃・便 なし 10,800円	備考
	男・女	昭・平 年 月 日	月 日 () AM・PM			
	男・女	昭・平 年 月 日	月 日 () AM・PM			
	男・女	昭・平 年 月 日	月 日 () AM・PM			
	男・女	昭・平 年 月 日	月 日 () AM・PM			
	男・女	昭・平 年 月 日	月 日 () AM・PM			
	男・女	昭・平 年 月 日	月 日 () AM・PM			
	男・女	昭・平 年 月 日	月 日 () AM・PM			
	男・女	昭・平 年 月 日	月 日 () AM・PM			
	男・女	昭・平 年 月 日	月 日 () AM・PM			
	男・女	昭・平 年 月 日	月 日 () AM・PM			

医療法人社団 さわやか済世 健診プラザ日本橋

予約センター(葛飾健診センター内) 0120-489-231 直通 03-3693-7240

◎お問合せ時間 AM9:00 ~ 12:00 PM1:00 ~ 5:00

FAX 03-5654-3206