

◆◆◆ 定期健康診断（企業用）申し込み用紙 ◆◆◆

お申込み年月日：平成22年 月 日

申込書に必要事項をご記入の上、郵送またはFAXにてご返信下さい。こちらからご連絡を致します。連絡が無い場合、お問い合わせください。これは予約日確定書ではありませんのでご注意ください。

郵送先：〒838-0141 福岡県小郡市小郡217の1 嶋田病院健診センター宛

FAX送信先：0942-73-3313 嶋田病院健診センター宛

フリガナ 御社名			
フリガナ ご担当者様お名前		部署名	
フリガナ 会社ご住所	〒		
電話番号			
FAX番号			

□□□ 受診者リスト □□□

連番	氏名	生年月日	性別	健診のコース	健診希望日
	フリガナ 氏名	大正 昭和 平成 年 月 日()歳	男・女	・自社指定・Aコース ・Bコース・Cコース ・Dコース	月 日
	フリガナ 氏名	大正 昭和 平成 年 月 日()歳	男・女	・自社指定・Aコース ・Bコース・Cコース ・Dコース	月 日
	フリガナ 氏名	大正 昭和 平成 年 月 日()歳	男・女	・自社指定・Aコース ・Bコース・Cコース ・Dコース	月 日
	フリガナ 氏名	大正 昭和 平成 年 月 日()歳	男・女	・自社指定・Aコース ・Bコース・Cコース ・Dコース	月 日
	フリガナ 氏名	大正 昭和 平成 年 月 日()歳	男・女	・自社指定・Aコース ・Bコース・Cコース ・Dコース	月 日
	フリガナ 氏名	大正 昭和 平成 年 月 日()歳	男・女	・自社指定・Aコース ・Bコース・Cコース ・Dコース	月 日
	フリガナ 氏名	大正 昭和 平成 年 月 日()歳	男・女	・自社指定・Aコース ・Bコース・Cコース ・Dコース	月 日

※お手数ではございますが、欄が足りない場合はコピーしてお使い下さい。

□□□ 受診者リスト（生活習慣病予防健診） □□□

※事前（希望日の1ヶ月前まで）に健診日の打ち合わせが必要です。健診日が決まりましたら、全国保険協会へ提出する前に申込書(名簿)のコピーを1部ご送付下さいませ。
備考欄に、胃カメラ・胃透視を選択し、胃カメラの場合のみ「経口(咽頭部のみ)」「経鼻(部分麻酔)」「経口(静脈麻酔)」の希望までわかる範囲で結構ですので、ご記入下さい。
また、子宮がん検診のみ委託となります。「牛嶋クリニック(土曜休診)」または「松隈クリニック(木曜休診)」どちらか希望をご記入下さい。
健診当日は、保険証の提示が必要となります。お忘れにならないようご注意ください。

お問い合わせ：嶋田病院健診センター直通TEL0942-72-2375(14時～16時)