


健康診断申込書

お申し込みの際は、太枠内に漏れなくご記入いただきますようお願い致します。

| |
|------------|
| [事業所所在地] 〒 |
| [事業所名称] |
| [電話番号] |
| [FAX番号] |
| [ご担当者名] |

医療法人社団石鎚会
 京都田辺中央病院 健康管理センター
 TEL 0774(63)1116
 FAX 0774(63)2803

| |
|--------|
| 担当者: |
| 団体コード: |

| | フリガナ 氏名 | 性別 | 生年月日 | 健診の種類(コース) | 備考欄 | 第1希望 | 第2希望 |
|---|------------|-----|----------------|------------|-----|----------------|----------------|
| ① | | 男・女 | 昭和・平成 年 月 日 | A・B・C | | 月 日 AM / PM | 月 日 AM / PM |
| ② | | 男・女 | 昭和・平成 年 月 日 | A・B・C | | 月 日 AM / PM | 月 日 AM / PM |
| ③ | | 男・女 | 昭和・平成 年 月 日 | A・B・C | | 月 日 AM / PM | 月 日 AM / PM |
| ④ | | 男・女 | 昭和・平成 年 月 日 | A・B・C | | 月 日 AM / PM | 月 日 AM / PM |
| ⑤ | | 男・女 | 昭和・平成 年 月 日 | A・B・C | | 月 日 AM / PM | 月 日 AM / PM |
| ⑥ | | 男・女 | 昭和・平成 年 月 日 | A・B・C | | 月 日 AM / PM | 月 日 AM / PM |
| ⑦ | | 男・女 | 昭和・平成 年 月 日 | A・B・C | | 月 日 AM / PM | 月 日 AM / PM |

| 健康管理センター使用欄 | | |
|-------------|----|-----|
| 決定日 | 時間 | 備考欄 |
| / | : | |
| / | : | |
| / | : | |
| / | : | |
| / | : | |
| / | : | |
| / | : | |

| | |
|-----------|---|
| ⑧ ご注意書送付先 | |
| ⑨ 結果送付先 | ※ 健診結果の控えが必要な場合は、必ず事前にお申し出下さい。 控え→ 要・不要 |
| ⑩ ご請求先 | ※ 当日窓口でのご本人負担がある場合は、詳細を明記して下さい。 |

| | |
|---------|---|
| 健診日連絡 | / |
| PC入力 | / |
| 注意書送付 | / |
| 予定者名簿確認 | / |