

健康診断申込書

事業所名		予約担当者	
	(予約事項確認の電話をする場合があります)		
所在地	〒 _____	電話	
		FAX	
(事前準備物の送り先となります)			
加入健康保険組合		保険証記号	
結果送付先	〒 _____	支払方法	窓口支払 ・ 後日請求

受診予約日時	保険証番号	フリガナ	生年月日	健診種別(コース名記入) 定期健診・生活習慣病	備考
		氏名			
月 日() :					
		男女			
月 日() :					
		男女			
月 日() :					
		男女			
月 日() :					
		男女			
月 日() :					
		男女			
月 日() :					
		男女			
月 日() :					
		男女			

ご予約の際には、上記必要事項をご記入の上、FAXしてください。

備考欄

〒310-8581 水戸市笠原町489
 一般財団法人 茨城県メディカルセンター
 電話 029(243)1113
 FAX 029(243)1763
 施設内健診担当 秋葉・浅野