



FAX 089-989-6618

申込日:令和 年 月 日

健康診断受診日の調整をお願いします。

健康診断申込書

事業所名		担当者名	
		TEL	
健保組合名		FAX	
事前案内送付先	〒 (自宅・事業所)		
結果票送付先	〒 (自宅・事業所)		
支払方法	当日窓口負担・会社請求(請求書送付先を記入してください)		
請求書送付先	〒 (自宅・事業所)		

日程	フリガナ氏名	性別	生年月日	受診コース	オプション検査	備考
		男・女	S・H 年 月 日			
		男・女	S・H 年 月 日			
		男・女	S・H 年 月 日			
		男・女	S・H 年 月 日			
		男・女	S・H 年 月 日			
		男・女	S・H 年 月 日			
		男・女	S・H 年 月 日			
		男・女	S・H 年 月 日			
		男・女	S・H 年 月 日			

〒791-8555
愛媛県松山市六軒家町4-20
医療法人 同仁会 おおぞら病院
TEL 089-989-6608
FAX 089-989-6618