

# 健康診断申込書

＜事業所の記入欄＞

事業所名 \_\_\_\_\_

住 所 〒 \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_

FAX \_\_\_\_\_

担当者名 \_\_\_\_\_

医療法人社団幸楽会  
 幸楽メディカルクリニック  
 〒160-0022  
 東京都新宿区新宿1-8-11  
 すこやかプラザ内  
 TEL : 03-3355-0308  
 FAX : 03-3355-0266

※ 健康保険組合名: \_\_\_\_\_

※ 保険証の記号・番号は必ずご記入下さい。

フリガナ 氏名	生年月日	年齢	保険証 記号・番号		定健A	定健B	第一希望日		第二希望日	
							AM	PM	AM	PM
男・女	S H						AM	PM	AM	PM
男・女	S H						AM	PM	AM	PM
男・女	S H						AM	PM	AM	PM
男・女	S H						AM	PM	AM	PM
男・女	S H						AM	PM	AM	PM
男・女	S H						AM	PM	AM	PM
男・女	S H						AM	PM	AM	PM

\* 定期健康診断の受付時間は月～金の13:00～15:00になります(毎月第一月曜,第三木曜を除く)