

健康診断申込書

事業所名 _____

TEL _____

住所 〒 _____

FAX _____

健康保険組合名 _____

保険者番号 _____

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

フリガナ 氏名	生年月日	年齢	保険証		コース	第1希望	第2希望	備考
			記号	番号				
男・女	S・H				<input type="checkbox"/> ドック <input type="checkbox"/> 生活 <input type="checkbox"/> 定健			
男・女	S・H				<input type="checkbox"/> ドック <input type="checkbox"/> 生活 <input type="checkbox"/> 定健			
男・女	S・H				<input type="checkbox"/> ドック <input type="checkbox"/> 定健 <input type="checkbox"/> 定健			
男・女	S・H				<input type="checkbox"/> ドック <input type="checkbox"/> 生活 <input type="checkbox"/> 定健			
男・女	S・H				<input type="checkbox"/> ドック <input type="checkbox"/> 生活 <input type="checkbox"/> 定健			
男・女	S・H				<input type="checkbox"/> ドック <input type="checkbox"/> 生活 <input type="checkbox"/> 定健			
男・女	S・H				<input type="checkbox"/> ドック <input type="checkbox"/> 生活 <input type="checkbox"/> 定健			

* 休診日は日曜祝日/第一月曜日/第三木曜日