

[定期健康診断申込書]

事業所名			
事業所所在地		〒	
請求書・成績表送付先住所		〒	
ご担当者名		電話番号	

保険者番号	
保険証記号	

支払い方法

事業所請求（振込み）	※振込み手数料は御社負担とさせていただきます。
当日支払い（本人払い）	

ふりがな 氏名	性別	生年月日	コース ○で 囲んでください	住所・電話	希望日		備考
					第1希望	第2希望	
	男 ・ 女	昭 ・ 平 年 月 日	A・B	〒 TEL ()	/	/	
	男 ・ 女	昭 ・ 平 年 月 日	A・B	〒 TEL ()	/	/	
	男 ・ 女	昭 ・ 平 年 月 日	A・B	〒 TEL ()	/	/	
	男 ・ 女	昭 ・ 平 年 月 日	A・B	〒 TEL ()	/	/	
	男 ・ 女	昭 ・ 平 年 月 日	A・B	〒 TEL ()	/	/	

定期健康診断は、平日 月～金 の 午後 1時から 2時 が受付時間となります。

東京山手メディカルセンター 健康管理センター TEL03-3364-0251 (2481.2482) FAX 03-5330-2516