

[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

<input type="checkbox"/>	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。
<input type="checkbox"/>	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 ()	/	/	

東京山手メディカルセンター 健康管理センター TEL:03-3364-0251(代表)・03-5925-6005(予約専用12:15~16:45)

FAX:03-5330-2516 e-mail:kenkan@yamate.jcho.go.jp (メールにてご送信の際は添付ファイルにロックをかけパスワードをご記載ください)