

# 健康診断申込書

◎下記太枠内をご記入ください。ご記入後、下記FAX番号まで送付ください。

ふりがな				大正	年	月	日
ご氏名				昭和	年	月	日
				平成			( 歳)
自宅住所	〒 -						
電話番号	- -			携帯電話	- -		
保険証の保険者番号				保険証の記号			番号

●氏名の漢字は保険証に記載のある漢字をご記入下さい。

◆企業健診の方は、下記もご記入ください。

事業所名又は営業所							
事業所又は営業所所在地	〒 -						
電話番号	- -			御担当者様			
					様		

※問診票結果表の送付先 ご自宅 事業所

《ご予約日時》

平成 年 月 日 時

※持ち込み用紙 あり ・ なし（ありの場合は、別途 ¥4,320/枚 頂戴します。）

※健康診断後、結果送付まで2～3週間程度かかります。

お問い合わせ先

青葉さわい病院 健診部門

TEL 045-901-0025

FAX 045-901-0023