

## ヘルスサポートセンター桃山受診申込書

申込年月日	平成      年      月      日
フリガナ 氏 名	
生年月日	T・S・H      年      月      日
住 所	
電話番号	固定 TEL 携帯 TEL
健康保険の種類に○をつけて下さい	<ul style="list-style-type: none"> <li>・協会けんぽ</li> <li>・大阪市国保</li> <li>・その他</li> </ul>
前回受診の有無	無し・有り（      年      月      日）
受診希望コースに○をつけて下さい	<ul style="list-style-type: none"> <li>・企業健診 A（5.150 円）</li> <li>・企業健診 B（7.750 円）</li> <li>・生活習慣病予防検診 （協会けんぽ加入者本人、35 歳以上）</li> <li>・1 日人間ドック（国保）</li> <li>・健康づくり支援事業（国保）</li> <li>・特定健診（国保）</li> </ul>
受診希望日	平成      年      月      日

FAX 番号 06-6773-8762