

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	・協会けんぽ ・大阪市国保 ・その他
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	・企業健診 A（5.150 円） ・企業健診 B（7.750 円） ・生活習慣病予防検診 （協会けんぽ加入者本人、35 歳以上） ・1 日人間ドック（国保） ・健康づくり支援事業（国保） ・特定健診（国保）
受診希望日	平成 年 月 日

FAX 番号 06-6773-8762