

受診申込書

申込年月日	年 月 日
フリガナ 氏 名	
生年月日	年 月 日
住所	〒 ー
電話番号	固定 TEL 携帯 TEL
健康保険の種類に○をつけてください	<ul style="list-style-type: none"> ・協会けんぽ ・大阪市国保 ・その他
前回受診の有無	なし・あり (年 月 日)
受診希望コースに○をつけてください	<ul style="list-style-type: none"> ・企業健診 A (5,500円) ・企業健診 B (8,250円) ・生活習慣病予防健診 (協会けんぽ加入者本人、35歳以上) ・1日人間ドック (国保) ・特定健診 (国保) <p>※その他の健康診断をご希望の方は 電話にてお問い合わせください TEL 番号 06-6773-8306</p>
受診希望日	年 月 日

FAX 番号 06-6773-8762