

希望のコースに○をしてください。

(※1) 協会けんぽからの対象者一覧を添付して下さい

健康診断・検査予約申込書

希望日	曜日	フリガナ	性別	住所 電話番号	生年月日	年齢 (年度末年齢)	当院独自コース				協会けんぽ (※1)			オプション・その他		
		氏名					A	B	C	D	一般	節目	若年	乳	子	骨
1	/		男・女	〒 TEL	昭・平 年 月 日		A	B	C	D	一般	節目	若年	乳	子	骨
2	/		男・女	〒 TEL	昭・平 年 月 日		A	B	C	D	一般	節目	若年	乳	子	骨
3	/		男・女	〒 TEL	昭・平 年 月 日		A	B	C	D	一般	節目	若年	乳	子	骨
4	/		男・女	〒 TEL	昭・平 年 月 日		A	B	C	D	一般	節目	若年	乳	子	骨
5	/		男・女	〒 TEL	昭・平 年 月 日		A	B	C	D	一般	節目	若年	乳	子	骨
6	/		男・女	〒 TEL	昭・平 年 月 日		A	B	C	D	一般	節目	若年	乳	子	骨
7	/		男・女	〒 TEL	昭・平 年 月 日		A	B	C	D	一般	節目	若年	乳	子	骨
8	/		男・女	〒 TEL	昭・平 年 月 日		A	B	C	D	一般	節目	若年	乳	子	骨
9	/		男・女	〒 TEL	昭・平 年 月 日		A	B	C	D	一般	節目	若年	乳	子	骨
10	/		男・女	〒 TEL	昭・平 年 月 日		A	B	C	D	一般	節目	若年	乳	子	骨

会社名	
所在地	〒
電話番号	
担当者	

支払方法	窓口払い	請求書の宛名 ・会社 ・その他 ()
送付先 案内 個人結果 事業所控※ 請求書	会社	その他 ()

宇城総合病院
健診センター
TEL/FAX
0964-32-6085
(直通)

※事業所控は法定項目(労働安全衛生規則第44条)のみお知らせします。
法定項目以外の結果が必要な場合は貴社にて覚書の提出が必要となります。

送信日 年 月 日