

健診申込み専用FAX送信票

健診のご予約を希望の方は本紙に必要事項を記入の上、下記までFAXして下さい。

1週間程度で受診日の調整等ご連絡させていただきます。

※上記以外の目的でのご使用はお控えください。

送信先 0143-22-3553

社会医療法人 母恋 日鋼記念病院 健診センター 行

申込企業情報	所在地	〒					
	ふりがな 名称						
	代表者職名・氏名						
	担当者	部署					
		ふりがな 氏名					
連絡先	TEL/FAX	TEL	FAX				
	Eメール						
申込内容	希望する 健診内容	人間ドック	予定人数:	名	指定項目:	無・有 (項目表も併せて送信下さい)	
		生活習慣病健診	予定人数:	名	指定項目:	無・有 (項目表も併せて送信下さい)	
		定期健診	予定人数:	名	指定項目:	無・有 (項目表も併せて送信下さい)	
		特殊健診	予定人数:	名	指定項目:	無・有 (項目表も併せて送信下さい)	
		その他					
	実施希望時期		無・有	⇒有の場合(こちらにご記入下さい)			
	1日当たりの希望人数		無・有	⇒有の場合(こちらにご記入下さい)			
	案内発送先		個人・会社				
	結果発送先		個人・会社 (会社様控え : 不要・要)				
	請求先		個人・会社 (会社様請求の場合、月末締め 翌月15日請求となります)				
その他							

【お問い合わせ先】

社会医療法人 母恋 日鋼記念病院 健診センター TEL 0120-257-457