

# 人間ドック受診申込書

こちらの用紙にご記入の上、**FAX**にてお申し込み下さい。

|                |  |      |     |       |  |
|----------------|--|------|-----|-------|--|
| 貴社名            |  | 住所   | 〒   | ご担当者名 |  |
| ご加入の<br>健康保険組合 |  | ご連絡先 | TEL |       |  |
|                |  |      | FAX |       |  |

|           |  |             |                 |             |    |      |                     |       |       |
|-----------|--|-------------|-----------------|-------------|----|------|---------------------|-------|-------|
| フリガナ      |  | 男<br>・<br>女 | 本人<br>・<br>被扶養者 | 生年月日        | 住所 | 電話番号 | ご希望コース              | 第1希望日 | 第2希望日 |
| 氏名        |  |             |                 | 昭・平<br>月 日生 | 〒  |      | 1日コース<br>・<br>2日コース |       |       |
| 追加オプション検査 |  |             |                 |             |    |      |                     |       |       |
| フリガナ      |  | 男<br>・<br>女 | 本人<br>・<br>被扶養者 | 生年月日        | 住所 | 電話番号 | ご希望コース              | 第1希望日 | 第2希望日 |
| 氏名        |  |             |                 | 昭・平<br>月 日生 | 〒  |      | 1日コース<br>・<br>2日コース |       |       |
| 追加オプション検査 |  |             |                 |             |    |      |                     |       |       |
| フリガナ      |  | 男<br>・<br>女 | 本人<br>・<br>被扶養者 | 生年月日        | 住所 | 電話番号 | ご希望コース              | 第1希望日 | 第2希望日 |
| 氏名        |  |             |                 | 昭・平<br>月 日生 | 〒  |      | 1日コース<br>・<br>2日コース |       |       |
| 追加オプション検査 |  |             |                 |             |    |      |                     |       |       |
| フリガナ      |  | 男<br>・<br>女 | 本人<br>・<br>被扶養者 | 生年月日        | 住所 | 電話番号 | ご希望コース              | 第1希望日 | 第2希望日 |
| 氏名        |  |             |                 | 昭・平<br>月 日生 | 〒  |      | 1日コース<br>・<br>2日コース |       |       |
| 追加オプション検査 |  |             |                 |             |    |      |                     |       |       |
| フリガナ      |  | 男<br>・<br>女 | 本人<br>・<br>被扶養者 | 生年月日        | 住所 | 電話番号 | ご希望コース              | 第1希望日 | 第2希望日 |
| 氏名        |  |             |                 | 昭・平<br>月 日生 | 〒  |      | 1日コース<br>・<br>2日コース |       |       |
| 追加オプション検査 |  |             |                 |             |    |      |                     |       |       |

後程、溪仁会円山クリニックより、ご確認のご連絡をさせていただきます。



お問い合わせ  
お申し込み

TEL 011-611-7766  
FAX 011-611-7539