

◎新長堀診療所／健康診断申込書◎

このたびは、お問合せいただきまして、ありがとうございます。
 お申込用紙をお送りさせていただきますので、下記をご記入・ご確認いただき、当診療所までFAXまたは郵送にてご送付ください。
 頂戴しましたら、日時調整のうえ、受診書類一式をお送りいたします。

(会社名)	(ご担当者様)	(本社ご住所) 左記と異なる場合はご記入をお願いします。
(ご住所)	(健康保険証記号)	
(お電話番号)	(FAX番号)	

↓ 受診を希望するコース名 (おわかりであれば) をご記入ください

健康保険証の番号	(フリガナ) 氏 名	性別	生 年 月 日	本 扶	受診を希望される日時			オプション検査のご希望等、ございましたらご記入ください。	【前回】 受診内容 及び年月日	個人宅にご送付を希望される場合は、ご住所をご記入ください。
					第一希望 時間	第二希望 時間	第三希望 時間			
	()	男/女	年 月 日	本/扶	月 日	月 日	月 日			
	()	男/女	年 月 日	本/扶	月 日	月 日	月 日			
	()	男/女	年 月 日	本/扶	月 日	月 日	月 日			
	()	男/女	年 月 日	本/扶	月 日	月 日	月 日			
	()	男/女	年 月 日	本/扶	月 日	月 日	月 日			
	()	男/女	年 月 日	本/扶	月 日	月 日	月 日			
	()	男/女	年 月 日	本/扶	月 日	月 日	月 日			
	()	男/女	年 月 日	本/扶	月 日	月 日	月 日			
	()	男/女	年 月 日	本/扶	月 日	月 日	月 日			

★受付時間等★	●休診日 日曜・祝日 (土曜日は午前中のみ実施します)	受診希望日時のご記入が無い場合、いったん当方でご予約をさせていただきます。
① 8:30 ② 9:00 ③ 9:30 ④ 10:00 ⑤ 10:30 ⑥ AMいつでも	⑦ 13:00 ⑧ 13:30 ⑨ 14:00	検査内容・予約状況によって、ご希望のお時間に設定できない場合がございますので、ご了承ください。
		⑩ PMいつでも