

[企業様向け]

船橋みなとクリニック行き [TEL 047-433-5105]

FAX: 047-433-0203

mail: funashin@aoyamakai.or.jp

❖FAXまたはメールにてお送りください。

《 雇入時(入社時)健康診断・定期健康診断 》 申込書

健診料金	10,230円 費税込)	(消)	支払い方法 記何れかを○で囲んで下さい。	右	窓口払い・口座振込み
------	-----------------	-----	-------------------------	---	------------

事業所・団体名		〒	ご担当者名	
事業所・団体所在地	〒			
電話番号			FAX	
保険者番号			保険証_記号	

★ご案内文書・問診票等の送付先(支店・営業所・ご自宅等)が上記住所と異なる場合のみご記入ください。

住所/支店・ 営業所名	〒		
電話番号		送付先ご担当者	

	フリガナ 氏名	性別	西暦生年月日	受診予約日 受付時間	受診希望コース	備考
(例)	フナシ タロウ 船橋 太郎	男	1971.04.01	2019年4月5日(金) 9:00	定期	
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						