

《 雇入時(入社時)健康診断 ・ 定期健康診断 》 申込書

❖FAXまたはメールにてお送りください。

【FAX】 047-433-0203

【mail】 funashin@aoyamakai.or.jp

健診料金 検査項目により異なります。 詳細はお問い合わせください。	円	支払い方法 右記何れかを○で囲んで下さい。	窓口払い ・ 口座振込み
--	---	---------------------------------	--------------

事業所・団体名			
事業所・団体所在地 (郵便番号)	〒	健診ご担当者様	
事業所・団体所在地 (住所)		電話番号	
		FAX	
保険者番号		保険証_記号	

▼健診ご案内文書・問診票等の事前送付をご希望かつ、送付先(支店・営業所・ご自宅等)が上記住所と異なる場合はご記入ください。

営業所・支店所在地 (郵便番号)	〒	営業所・支店名	
営業所・支店所在地 (住所)		電話番号	
		FAX	

	フリガナ	性別	生年月日 (西暦)	保険 証 番号	受診予約日	受診希望 コース	備考 ※特記事項があれば ご記載ください。
	受診者氏名				受付時間		
(例)	フナバシ タロウ 船橋 太郎	男	1971年4月1日	999	2024年4月1日(月) 8:30	定期健康診断 (法定全項目)	腫瘍マーカー(PSA)希望
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							



医療法人社団青山会 船橋みなとクリニック
TEL : 047-433-5105