

申込日 年 月 日

申込先 新町クリニック 健康管理センター

事業課予約担当 (FAX 0428-31-1777)

健康診断キャンペーン申込書

事業所名

代表者名

ご住所 〒

ご担当者名 電話 - -
FAX - -

お支払い方法 ・窓口(健診受診後) ・窓口(結果受取時) ・請求書発行

結果受取 ・窓口 ・郵送

受診者名簿(下記に受診予定者と受診希望日をご記入下さい、来院時間をこちらよりご連絡申し上げます。)

- (1) オプション検査を希望する場合は、該当する項目を欄にご記入下さい。
- (2) 受診人数が多い場合は、コピーしてお使い願います。
- (3) 「FAX」「郵送」「窓口申込み」のいずれかでお申し込み願います。

フリガナ 受診者名	生年月日	性別	コース	オプション	受診希望日
	昭和・平成 ・	男 ・ 女	基本 生活 習慣		第1希望 月 日 午前・午後 第2希望 月 日 午前・午後
	昭和・平成 ・	男 ・ 女	基本 生活 習慣		第1希望 月 日 午前・午後 第2希望 月 日 午前・午後
	昭和・平成 ・	男 ・ 女	基本 生活 習慣		第1希望 月 日 午前・午後 第2希望 月 日 午前・午後
	昭和・平成 ・	男 ・ 女	基本 生活 習慣		第1希望 月 日 午前・午後 第2希望 月 日 午前・午後
	昭和・平成 ・	男 ・ 女	基本 生活 習慣		第1希望 月 日 午前・午後 第2希望 月 日 午前・午後

新町クリニック健康管理センター

TEL 0428-31-5312

<http://www.shinmachi-cl.com>

FAX 0428-31-1777

e-mail: info@shinmachi-cl.com

この申し込み用紙は、ホームページからもダウンロード出来ます。