

健康診断のお申し込みについて

FAX 0959-29-0068

まずお電話でお問合せいただいた後、下記のお申込用紙に必要事項をご記入の上、FAXにてお申し込みください。

医療法人 外海弘仁会 雪浦ひうらクリニック 行

〒857-2327 長崎県西海市大瀬戸町雪浦上郷254番地17

TEL:0959-22-9508 FAX:0959-29-0068

| | | | | | |
|-------|---|--|--------|-----|--|
| 事業所様名 | | | ご担当者様名 | | |
| 所在地 | 〒 | | | TEL | |
| | | | | FAX | |

受診者氏名・性別・生年月日・年齢・ご希望日・時間帯・健診種別をご記入ください。

| 受診者氏名 | 性別 | 生年月日 | 年 齢 | 住所 | ご希望日 | 健診種別 | |
|-------|----|---|--------|----|------|------|---|
| | | | | | | A | B |
| | | T S H <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | 年 月 日 | | / | | |
| | | T S H <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | 年 月 日 | | / | | |
| | | T S H <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | 年 月 日 | | / | | |
| | | T S H <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | 年 月 日 | | / | | |
| | | T S H <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | 年 月 日 | | / | | |
| | | T S H <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | 年 月 日 | | / | | |
| | | T S H <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | 年 月 日 | | / | | |
| | | T S H <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | 年 月 日 | | / | | |
| | | T S H <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | 年 月 日 | | / | | |
| | | T S H <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | 年 月 日 | | / | | |

※1 健康診断実施日は水曜、木曜、金曜の午後からになります。それ以外のご希望日の場合は電話にてご連絡をよろしくお願いいたします。

※2 健康診断にお越しいただく際に、保険証をご持参ください。

ご確認事項

| | | | | | |
|--------|--|--|----|--|--|
| 結果送付先 | <input type="checkbox"/> 上記所在地 <input type="checkbox"/> 上記以外 | | 名称 | | |
| | | | 住所 | | |
| | 連絡先 | | | | |
| 請求書送付先 | <input type="checkbox"/> 上記所在地 <input type="checkbox"/> 上記以外 | | 名称 | | |
| | | | 住所 | | |
| | 連絡先 | | | | |