【会社予約用】

施設健診　御申込用紙

∞∞∞∞∞∞∞∞∞∞クリニック返信欄∞∞∞∞∞∞∞∞∞∞
□予約できました
□時間変更お願いします
□予約締切のため別日時をご検討お願いします

【健診予約日時】　　月　　日（　）　当クリニックより電話またはFAXの返信をもってご予約確定となります。

01.健康保険組合の補助を利用する場合は、太字部分（※印）の保険情報、自宅住所、連絡先についても必ずご記入下さい。
02.ご記入いただく情報は、大きな文字でご記入をお願いいたします。不明瞭な場合は、確認のご連絡をする場合がございます。予めご了承下さい。
＊健診結果・請求書につきましては、受診日から通常2週間後仕上りとなります。（検査結果について、処理期日前に電話等でのお答えは出来かねます。）
＊健診当日は、予約時間の15分前を目安に受付をお済ませ下さい。尚、遅刻やキャンセルが発生する場合は、必ずご連絡をお願いいたします。

会社コード：	〒　　-
会 社 名 ：　　ご担当者：　　様 20文字上限（英字不可）	会社住所：
※健康保険組合：　**※保険者番号：**　**※記号：**	電話番号：　　FAX番号：

CL記入欄		カナ氏名 漢字氏名	生年月日	性別	**※保険証番号**	申込内容	予約時間	備考
	1	10文字上限（英字不可）	西暦　年　月　日	男 女	区分：本人/家族	一般Ｂ / 雇入れ / 建設国保（追加：胃 ・ 便） 深夜 / じん肺 / 振動 / 有機 / 特化物 他（　　） 有機溶剤名：　　特化物名：	:	
	※自宅住所：	〒　　-				**※ TEL ：**	**※携帯：**	
	2	10文字上限（英字不可）	西暦　年　月　日	男 女	区分：本人/家族	一般Ｂ / 雇入れ / 建設国保（追加：胃 ・ 便） 深夜 / じん肺 / 振動 / 有機 / 特化物 他（　　） 有機溶剤名：　　特化物名：	:	
	※自宅住所：	〒　　-				**※ TEL ：**	**※携帯：**	
	3	10文字上限（英字不可）	西暦　年　月　日	男 女	区分：本人/家族	一般Ｂ / 雇入れ / 建設国保（追加：胃 ・ 便） 深夜 / じん肺 / 振動 / 有機 / 特化物 他（　　） 有機溶剤名：　　特化物名：	:	
	※自宅住所：	〒　　-				**※ TEL ：**	**※携帯：**	

上記個人情報につきましては、健康診断の実施以外の目的には利用いたしません。

FAX送信先：045-847-5800

医療法人社団成澤会 清水橋クリニック　〒234-0053横浜市港南区日野中央1-19-4
TEL.045-847-5533