

【個人用】

診療所健診お申込み用紙

日程は内容が確認できないとご案内できません。先にお電話にて内容をお知らせ下さい。

フリガナ：	ご住所： 〒 □ □ □ - □ □ □ □
お名前： 様	
生年月日： 昭和・平成 年 月 日生 男/女	電話番号： 携帯電話： FAX番号：

【健診予約日時】 平成 年 月 日 () :

〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 ク リ ニ ッ ク 記 入 欄 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇

検査内容	健診単価	自己負担	健保負担	備 考
				【健保名称】
				【結果返却】 <input type="checkbox"/> 引取り <input type="checkbox"/> 郵送 (送料800円)
				【前回受診日】 <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し
				(前回受診日： 年 月 日)
				<input type="checkbox"/> 注意事項説明 <input type="checkbox"/> PG入力
				受付日： 月 日 () 担当： _____
				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 Fax : 045-847-5800 http://www.shimizubashi.com
金額合計				

※個人情報につきましては健康診断の実施目的以外には利用しません。

FAX送信先：045-847-5800