

《 雇入時(入社時)健康診断 ・定期健康診断 》 申込書

しんまち内科・循環器内科クリニック行き

❖FAXまたはメールにてお送りください。

【FAX】 027-450-4389

【mail】 shinmachiclinic4388@gmail.com

| | | | |
|---------------------|---------|--------------------------|--------------|
| 健診料金 ※1名あたり税込 | 9,470 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 | |

(午前診療)9時～12時 (午後診療)15時～18時30分 ※月曜日・水曜日・日祝日は休診となります

| | フリガナ 受診者氏名 | 性別 | 生年月日 (西暦) | 受診希望日 ※第2希望まで | 希望時間帯 ※午前または午後 | 備考 ※特記事項があれば ご記載ください。 |
|-----|-----------------|----|--------------|--------------------------------|-------------------|-----------------------------|
| (例) | 幼サキ 如ウ 高崎 太郎 | 男 | 1971年4月1日 | 2024/4/1 (第1) 2024/4/3 (第2) | 午前 午後 | |
| 1 | | | | | | |
| 2 | | | | | | |
| 3 | | | | | | |
| 4 | | | | | | |
| 5 | | | | | | |
| 6 | | | | | | |
| 7 | | | | | | |
| 8 | | | | | | |
| 9 | | | | | | |
| 10 | | | | | | |

※予約の状況によっては希望日に沿えない場合もありますのでご了承ください。その場合は当院担当者よりご連絡いたします。



しんまち内科・循環器内科クリニック

TEL : 027-450-4388