

■健康診断・申込書

ふりがな お名前	----- (男・女)
ご住所	〒
生年月日	昭・大・平・西暦 年 月 日
電話番号	
携帯電話	
ファックス	
メール	
保険証の種類	政府管掌・組合健保・国保・
検査内容	<input type="checkbox"/> 市民健診 <input type="checkbox"/> 事業所健診 (A) 心電図あり <input type="checkbox"/> 事業所健診 (B) 心電図なし <input type="checkbox"/> 政府管掌生活習慣病健診 <input type="checkbox"/> 大腸癌検診 <input type="checkbox"/> 胃癌検診(バリウム) <input type="checkbox"/> 骨健診 <input type="checkbox"/> 青年海外協力隊
受診希望日	月 日 (朝・夜)

相川病院 電話 06-6382-6770

F A X 送付先

06-6382-6790