

名簿はこちらの用紙をお使い下さい

事業所名 \_\_\_\_\_

保険者番号: \_\_\_\_\_

健康保険証の記号: \_\_\_\_\_

●「F1」「L0」「F4」等の胃部検査のない健康診断の場合は、『13:00～13:30』でのご予約となります。

| ふりがな<br>氏 名 | 生年月日   |          | 希望<br>コース名 | 健診希望日     |           | 備 考 |
|-------------|--------|----------|------------|-----------|-----------|-----|
|             | 性 別    | 健康保険証の番号 |            | 第1希望      | 第2希望      |     |
| ※ I D       | S<br>H | 年 月 日    |            | /         | /         |     |
|             | 男 ・ 女  |          |            | A M ・ P M | A M ・ P M |     |
| ※           | S<br>H | 年 月 日    |            | /         | /         |     |
|             | 男 ・ 女  |          |            | A M ・ P M | A M ・ P M |     |
| ※           | S<br>H | 年 月 日    |            | /         | /         |     |
|             | 男 ・ 女  |          |            | A M ・ P M | A M ・ P M |     |
| ※           | S<br>H | 年 月 日    |            | /         | /         |     |
|             | 男 ・ 女  |          |            | A M ・ P M | A M ・ P M |     |
| ※           | S<br>H | 年 月 日    |            | /         | /         |     |
|             | 男 ・ 女  |          |            | A M ・ P M | A M ・ P M |     |
| ※           | S<br>H | 年 月 日    |            | /         | /         |     |
|             | 男 ・ 女  |          |            | A M ・ P M | A M ・ P M |     |
| ※           | S<br>H | 年 月 日    |            | /         | /         |     |
|             | 男 ・ 女  |          |            | A M ・ P M | A M ・ P M |     |
| ※           | S<br>H | 年 月 日    |            | /         | /         |     |
|             | 男 ・ 女  |          |            | A M ・ P M | A M ・ P M |     |
| ※           | S<br>H | 年 月 日    |            | /         | /         |     |
|             | 男 ・ 女  |          |            | A M ・ P M | A M ・ P M |     |

※弊社使用欄

●健診実施時間について

胃X線検査・腹部超音波のある方は午前(8:00～9:00、9:00～9:30受付)のご予約となります。

FAXにてお送りいただく際は、送り間違いにご注意願います。FAX(083)972-3367