

健 康 診 断 申 込 書

〈事業所の記入欄〉

事業所名

住 所 〒

TEL _____

FAX _____

担当者名 _____

医療法人社団幸楽会

幸楽メデカルクリニック

〒160-0022

東京都新宿区新宿1-8-11

すこやかプラザ内

TEL : 03-3355-0308

FAX : 03-3355-0266

※ 健康保険組合名:

※ 保険証の記号・番号は必ずご記入下さい。

フリガナ 氏名	生年月日	年齢	保険証 記号・番号	定健A	定健B	定健C	第一希望日	第二希望日
男・女	S H						AM	PM
男・女	S H						AM	PM
男・女	S H						AM	PM
男・女	S H						AM	PM
男・女	S H						AM	PM
男・女	S H						AM	PM
男・女	S H						AM	PM
男・女	S H						AM	PM
男・女	S H						AM	PM

* 定期健康診断の受付時間は月～金の13:00～15:00になります(毎月第一月曜,第三木曜を除く)