

事業所名 _____

ご担当者様名: _____

保険者番号: _____

保険証記号: _____ ご連絡先: _____

受診票・ 検査キット 送付先住所	<input type="checkbox"/> 事業所 事業所ご連絡先: _____ 〒 _____
お支払方法	<input type="checkbox"/> 当日窓口にてお支払い(現金のみ取扱い) <input type="checkbox"/> 後日、請求書にてお振込み *ご希望のオプションにチェックをお願いします。 ◇乳がん ◇子宮がん ◇肝炎ウイルス *乳がん・子宮がん健診は委託契約していますので、当院では受診出来兼ねます。(一般健診とは別日の受診となります。)

保険証番号	氏名	フリガナ	性別	生年月日(西暦)	健診コース(希望コースを○)			受診日	受診時間
					35歳以上		34歳以下		
	漢字	かか		○○○○/○○/○○	一般健診	付加健診 (40・50歳)	法定健診		

申込書は FAX又はメールにて神楽坂メディカルサポートへ送信をお願いします
 F A X : 03-3268-6313 M A I L : s-isono@med-kagurazaka.com