特定健診申し込み書

日高医療センター
健診センター行き

FAX　０７９６－４２－１６５０

[　　] の部分をご記入いただき、上記ＦＡＸ番号に送信してください。

○ **お申し込み日**　平成　　年　　月　　日

○ **保険者名称**

○ **保険者番号**

○ **窓口での自己負担**　　円

負担額のない場合は[なし]とご記入下さい

	ＩＤ	
フリガナ	**生　年　月　日**	**性別**
氏　　名	昭和　　年　　月　　日	男・女
住　所　〒		
ご自宅 ＴＥＬ　－　　－	**日中の 連絡先**　－　　－	
受診希望日：　第１希望　平成　　年　　月　　日（　　）		
第２希望　平成　　年　　月　　日（　　）		

申し込み状況によってはご希望に添えない場合がありますことをご了承下さい。

○ その他ご希望等あればご記入下さい。

日高医療センター　健診センター

2008/07/14