FAX：0853-31-9964

健康診断申込書

申込日　令和　年　月　日

事業所名		担当者		TEL		FAX	

氏名	氏名（ひらがな）	性別	生年月日	健診希望日	希望時間	健診コース	料金	備考

＊既存コース以外の検査項目をご希望の場合は電話にてご相談下さい。

予定合計金額（税込）　¥0

↓該当項目にチェックをお願いします。

料金のお支払方法	□ 会社請求　□ 本人お支払い　□ その他（　　）
オプション検査料	□ 会社負担　□ 本人負担
案内の郵送先住所	〒
結果の郵送先住所	〒　□ 同上

〒693-0021
島根県出雲市塩冶町1156
永岡内科医院
TEL：0853-31-9963