FAX：0853-31-9964

生活習慣病予防健診　予約申込書

申込日 令和　　年　　月　　日

注意：対象年齢は35歳～74歳です

ふりがな 事業所名		担当者		TEL		FAX	

氏名	氏名（ひらがな）	生年月日（和暦）	性別	本人の郵便番号	健診希望日	希望時間	備考

↓該当項目に✓をお願いします　　＊諸事情により受けられない検査項目がある場合は備考欄に記入をお願いします↑

料金のお支払方法	☐ 会社請求　☐ 本人支払(立替含む)　☐ その他　(　　)		
オプション検査料	肝炎検査：☐ 会社請求　☐ 本人支払	その他の検査：☐ 会社請求　☐ 本人支払	

注意）肝炎検査結果は御本人のみにお伝えします。

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