

# 健康診断申込書

下記のとおり健診を申し込みます。

平成 年 月 日

※受診場所に☑を入れて下さい。

一般財団法人健康医学予防協会 行

長岡健康管理センター  
〒940-2108 長岡市千秋2丁目229番地1  
TEL:0258-28-3666 FAX:0258-28-3667

総合健診センター  
〒950-0893 新潟市東区はなみずき2-10-35  
TEL:025-279-1100 FAX:025-279-1070

事業所住所
事業所名称
電話番号
FAX番号
担当者氏名

健康保険証の		フリガナ	性 別	生年月日	本人・配偶者 の別	健診コースをご記入下さい	備考	健診希望日		決定日
記号	番号	氏名						第一希望	第二希望	
			男	昭平 . .	本人 配偶者			月 日( ) AM・PM	月 日( ) AM・PM	月 日( )
			女	昭平 . .	本人 配偶者			月 日( ) AM・PM	月 日( ) AM・PM	月 日( )
			男	昭平 . .	本人 配偶者			月 日( ) AM・PM	月 日( ) AM・PM	月 日( )
			女	昭平 . .	本人 配偶者			月 日( ) AM・PM	月 日( ) AM・PM	月 日( )
			男	昭平 . .	本人 配偶者			月 日( ) AM・PM	月 日( ) AM・PM	月 日( )
			女	昭平 . .	本人 配偶者			月 日( ) AM・PM	月 日( ) AM・PM	月 日( )
			男	昭平 . .	本人 配偶者			月 日( ) AM・PM	月 日( ) AM・PM	月 日( )
			女	昭平 . .	本人 配偶者			月 日( ) AM・PM	月 日( ) AM・PM	月 日( )
			男	昭平 . .	本人 配偶者			月 日( ) AM・PM	月 日( ) AM・PM	月 日( )
			女	昭平 . .	本人 配偶者			月 日( ) AM・PM	月 日( ) AM・PM	月 日( )
			男	昭平 . .	本人 配偶者			月 日( ) AM・PM	月 日( ) AM・PM	月 日( )
			女	昭平 . .	本人 配偶者			月 日( ) AM・PM	月 日( ) AM・PM	月 日( )
健診料金 支払方法	当日 後日 払いを希望します		※健診料金支払方法は、当日・後日払いのいずれかを○で囲んでください。							