（企業様用）

＊定期健康診断申込み用紙＊

事業所名	
健康保険組合名	
事業所所在地	
電話番号	
FAX番号	
担当者名	

＊受診者名簿＊

氏名	フリガナ	生年月日	性別	保険者記号−番号

事前に必ずご予約が必要になります。

ご記入して頂き、ご返信お願いします。

ご不明な点がございましたら、ご連絡下さい。

しらゆりクリニック健診センター

予約専用電話　０５３３－９５－７８７８

FAX番号　　０５３３－８６－１２４７