

(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		保険者番号	
事業所所在地	〒		
電話番号			
FAX番号		担当者名	

*** 受診者名簿 ***

健診日	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