（企業様用）　（電話予約済）

＊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	〒		
健診案内送付先	〒		
健診結果送付先	〒		
電話番号		FAX番号	
支払方法 ※どちらか選択してください	窓口支払　・　会社請求	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