

(企業様用) (電話予約前)

**\* 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<br>※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 \***

| 希望日 | 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