

健康診断 受診申し込み
当院担当 () 宛

下の各欄に、正しくご記入の上、Fax(762-1835) あてに送信してください。
特にお名前のフリガナは、ご本人にも一度ご確認をお願い致します。

事業所名		御社 ご担当		電話	-	-	
住所 (結果郵送先)	〒				Fax	-	-
希望健診 コース	Aコース¥3,300 ・ B1コース¥2,970 ・ B2コース¥3,850 ・ Dコース¥6,600 ※複数名受診で希望コースが異なる場合は、下記コースの欄にご記入ください ※問診票はホームページからダウンロードできます。すべてご記入の上当日お持ちください。						
お支払方法	当日窓口支払 ・ その他 ()						
当日領収書	個人名 ・ 会社名 ()						
結果 送先	後日窓口お渡し ・ 自宅郵送 ・ 会社郵送 ・ 当日 (B1コースのみ)						

※希望日は「〇月中の×曜日AM」「〇月〇日～〇日PM」「〇日以外」等、曖昧でも構いません

No	フリガナ 氏名	旧姓	性別	生年月日	住所・電話番号	コース	希望日
1			男・女	T S H	〒 (- -)		
2			男・女	T S H	〒 (- -)		
3			男・女	T S H	〒 (- -)		
4			男・女	T S H	〒 (- -)		
5			男・女	T S H	〒 (- -)		
6			男・女	T S H	〒 (- -)		
7			男・女	T S H	〒 (- -)		
8			男・女	T S H	〒 (- -)		
9			男・女	T S H	〒 (- -)		
10			男・女	T S H	〒 (- -)		

↑フリガナは正確をお願いします！！

勤医協札幌北区ほぷらクリニック

Tel

011-762-8811

Fax

011-762-1835