申込書	【協会けんぽ以外_例	建康保	呆険組織	合】金洲	さくら医院		申込日	年	月	日	名	/ #	1込書	枚	
								支払い方法							
リガナ 会社名			所在地	9			担当者名			□ 当日個	固々にすべて	窓口精算	(領収書	有・無)	
1									□ 当日追加オプション検査のみ窓口払い(健診コースは会社請求)						
						TEL				□ 請求書にて後日支払い(健診コース/オプション検査等)					
上記と連絡先	が異なる場合(事業所・店舗)ご記入	•	所在地	h							W/14-1-1		£ /       /-	4.11.	
会社名		アハ1エン	년 -		担当者名				送付先にレ点チェックを付けてください						
2	が異なる場合(事業所・店舗)ご記入				TEL				問診票: <b>1</b> □会社住所 <b>2</b> □事業所住所 □自宅 健診結果: <b>1</b> □会社住所 <b>2</b> □事業所住所 □自宅						
			) 建砂和未。		.1±P/I (2		<u> </u>								
	【※下記ご確認いただけましたら、口にレ点チェックをお願いいたします】														
			_		月内10名様未満の場										
/D RA =	V 平 口	, !	【胃カメ	くラ検査キャン	セルポリシー】日程落	変更・キャンセルを	された場合、7	営業日前から1,50	0円を徴収し	ておりますの	でご注意ください	<b>, 1</b>			
1未陕7	者番号 記号 記号 · · · · · · · · · · · · · · · ·														
	フリガナ									be a	· +		<u> </u>		
番号	氏 名			月日	<b>健診</b> :	コース	7.	ナプション検査		第1希	望日	第	2希望日		<u>備考</u>
		_ 男 印 ・ 女 平	· 年 <u>7</u>	月	∃					月	⊟ ам∙рм	月	日 ам	·PM	
		男 R ・・・ 女 平	年	月	∃					月	⊟ ам∙рм	月	日 ам	·PM	
		_ 男   ・ ・  女 平	五 年 <u>7</u>	月	3					月	⊟ ам∙рм	月	日 ам	I-PM	
		_ 男 昭  ・ ・	了 年	月	∃					月	⊟ ам∙рм	月	日 ам	·PM	
		女 男 明 ・ 女 男 明	年	月	∃					月	日 ам∙рм	月	日 ам	·PM	
		· ·  女 斗	· 年 Z	月	∃					月	日 ам∙рм	月	日 ам	·PM	
		男印・サー	了 年	月	∃					月	⊟ ам∙рм	月	日 ам	·PM	

○ 医療法人さくら会 金沢さくら医院