



(公社)保土ヶ谷法人会 行

FAX

045-333-5802

健診コース申込書

申込日	令和 年 月 日	会員番号(7桁)							
法人名				担当者名					
所在地	〒 ー								
TEL:					FAX:				

医療機関

※希望される医療機関に○をご記入ください。

聖隷横浜病院	上白根病院
神奈川県労働衛生福祉協会・健診センター第1・第2	神奈川県労働衛生福祉協会・大和健診事業部
イムス横浜狩場脳神経外科病院	横浜保土ヶ谷中央病院

受診者氏名(フリガナ)	性別	生年月日	年齢	第1希望	第2希望	健診
-----	男・女	昭和 平成 令和 年 月 日生	歳	月 日	月 日	コース
-----	男・女	昭和 平成 令和 年 月 日生	歳	月 日	月 日	コース
-----	男・女	昭和 平成 令和 年 月 日生	歳	月 日	月 日	コース
-----	男・女	昭和 平成 令和 年 月 日生	歳	月 日	月 日	コース
-----	男・女	昭和 平成 令和 年 月 日生	歳	月 日	月 日	コース
-----	男・女	昭和 平成 令和 年 月 日生	歳	月 日	月 日	コース

(その他・特記事項)

■お申込み

上記必要事項をご記入の上、お申込みください。
お申込み受付日から、約1週間～10日以内に各医療機関より
日程のご連絡をさせていただきます。(土・日・祝日・年末年始除く)

【法人会使用欄】

確認日

印