桜橋渡辺病院附属駅前第三ビル診療所　**メディチェックサービス予約担当宛**　　月　　日

（http://www.watanabe-hsp.or.jp/outpatient/medicheckservice）　（FAX　06－6348－0419）

●個人様向け申込書

ﾌﾘｶﾞﾅ	
ご自身の氏名	
生年月日	S・H　年　月　日（　歳）
ご住所	〒　－
TEL	－　－
FAX	－　－
所属の企業名/ご担当者名	
企業の所在地	〒　－

＊ご加入健康保険の種類について

組合名		保険証の記号	
		保険証の番号	

＊受診を希望する健康診断の種類と予定人数について

1：定期健康診断A	名	6：婦人科（乳がん）	名
2：定期健康診断B	名	7：婦人科（子宮がん）	名
3：雇用時健康診断	名	8：人間ドック（半日）	名
4：協会けんぽ生活習慣病健康診断	名	9：人間ドック（1日）	名
5：成人病予防健康診断	名	10：その他特殊健診	名

＊健康診断実施希望日・時間について

第一希望	月　日　曜日	時間：　時　分
第二希望	月　日　曜日	時間：　時　分
第三希望	月　日　曜日	時間：　時　分

＊料金のお支払い方法について　**（※基本的には初めてのお客様は当日現金支払いになります。）**

（　）当日現金支払い
（　）請求書発行による月締め会社支払い
（　）その他（一部当日個人負担等、詳細については営業担当者と調整）

＊お支払い請求先、健診結果送付先について

	会社請求の際の請求書送付先	健診結果送付先
会社名		
ご住所	〒	〒
TEL		
FAX		
ご担当部署/氏名		