

健診予約申込表

申込日： _____

個人票：有 ・ 無

会社名： _____ 担当者名 _____

住所： _____

電話番号： (_____) _____

受診日	フリガナ	生年月日	性別	健診種別	バリウム/胃カメラ	オプション	料金
	氏名						
/		昭	男				
					
/		平昭	女男				
					
/		平昭	女男				
					
/		平昭	女男				
					
/		平昭	女男				
					
/		平昭	女男				
					
/		平昭	女男				
					
/		平昭	女男				
					
/		平	女				
					

ご質問・ご要望

健康管理センター 処理欄

小野田赤十字病院 健康管理センター

※ 請求方法：当日払い・請求書発行

Tel 0836-88-0950

※ 領収書：有 ・ 無

Fax 0836-88-0630