

健診申込書

平成 年 月 日
 なこそ病院 受付 行 FAX 0246-65-7920

(事業所所在地) 〒 _____

(事業所名称) _____

担当者名 _____

電話番号 _____

FAX番号 _____

受付番号 (記入不要)	健診希望日	希望時間	フリガナ	性別	生 年 月 日	希望する健診の 種類のいずれかを ○で囲んでください		用紙持込み	領収書の名前	備考
			氏 名			一般 健診	電離			
	平成 年 月 日	AM PM			昭和 平成 年 月 日	一般 健診	電離	あり なし		
	平成 年 月 日	AM PM			昭和 平成 年 月 日	一般 健診	電離	あり なし		
	平成 年 月 日	AM PM			昭和 平成 年 月 日	一般 健診	電離	あり なし		
	平成 年 月 日	AM PM			昭和 平成 年 月 日	一般 健診	電離	あり なし		
	平成 年 月 日	AM PM			昭和 平成 年 月 日	一般 健診	電離	あり なし		
	平成 年 月 日	AM PM			昭和 平成 年 月 日	一般 健診	電離	あり なし		
	平成 年 月 日	AM PM			昭和 平成 年 月 日	一般 健診	電離	あり なし		
	平成 年 月 日	AM PM			昭和 平成 年 月 日	一般 健診	電離	あり なし		

FAX頂くもの
 (1 健診申込書
 (2 指定の用紙(指定がない場合は、当院の報告書となります。))

※FAX送信後電話(0246-65-7755)をお願いします。
 電話をいただいた際に健診日を決定します。

予約申し込み先
 〒979-0141
 福島県いわき市勿来町窪田町通2-114
 医療法人社団栄央会なこそ病院 受付
 TEL : 0246-65-7755(直通)
 FAX: 0246-65-7920
 ご予約受付時間 月～土曜(祝日は除く)
 午前8:30～12:00/午後1:30～5:00

