

三愛総合健診センター 宛

## 健診予約申し込み用紙 (FAX 番号 : 097-542-6797)

こちらのページを印刷し、以下必要事項をご記入の上、三愛総合健診センターまで送信  
ください。着信後、当センターよりご確認のお電話を致します。

フリガナ		性別	生年月日
ご氏名		男・女	大・昭・平 年 月 日
ご住所	〒 TEL : ( )		
勤務先 (名称・住所)	〒 TEL : ( )		
所属健康保険組合			
保険証記号		保険証番号	
受診希望日	第1希望 :	月 日 ( 曜日 )	
	第2希望 :	月 日 ( 曜日 )	
	第3希望 :	月 日 ( 曜日 )	
連絡可能時間	午前中 ・ 13:00~15:00 ・ 15:00~17:00 ・ 17:00~18:00		
ご希望のオプション検査など			
その他、ご質問・ご要望等ございましたらご記入ください。			