【健診予約カード】　会社名または氏名　　＊ご担当者名：

A~Cコース、メタボ健診用　住所　〒

＊案内送付先➡　会社　・　自宅

TEL　（　　）　FAX（　　）　＊結果送付先➡　会社　・　自宅

<該当箇所を〇印で囲んで下さい>　＊ご請求　➡　会社　・　個人

希望日	氏名	フリガナ	生年月日	性別	健診の種類	備考（オプション等）
			昭和 平成　年　月　日	男・女	一般健診 A・一般健診 B・一般健診 C・メタボ健診	
			昭和 平成　年　月　日	男・女	一般健診 A・一般健診 B・一般健診 C・メタボ健診	
			昭和 平成　年　月　日	男・女	一般健診 A・一般健診 B・一般健診 C・メタボ健診	
			昭和 平成　年　月　日	男・女	一般健診 A・一般健診 B・一般健診 C・メタボ健診	
			昭和 平成　年　月　日	男・女	一般健診 A・一般健診 B・一般健診 C・メタボ健診	
			昭和 平成　年　月　日	男・女	一般健診 A・一般健診 B・一般健診 C・メタボ健診	
			昭和 平成　年　月　日	男・女	一般健診 A・一般健診 B・一般健診 C・メタボ健診	
			昭和 平成　年　月　日	男・女	一般健診 A・一般健診 B・一般健診 C・メタボ健診	

＊案内及び結果送付先が、個別の場合は、備考欄に記入してください。

医療法人　浄仁会　大泉記念病院

FAX　0224-22-2580

TEL　0224-22-2111（内線150）