

# 健康診断申込書

事業所名 \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_

住所 〒 \_\_\_\_\_

FAX \_\_\_\_\_

健康保険組合名 \_\_\_\_\_

保険者番号 \_\_\_\_\_

担当者名 \_\_\_\_\_

医療法人社団幸楽会  
 幸楽メディカルクリニック  
 〒160-0022  
 東京都新宿区新宿1-8-11  
 すこやかプラザ内  
 TEL : 03-3355-0308  
 FAX : 03-3355-0266

フリガナ 氏名	生年月日	年齢	保険証		コース	第1希望	第2希望	備考
			記号	番号				
男・女	S・H				<input type="checkbox"/> 生活 <input type="checkbox"/> 定健			
男・女	S・H				<input type="checkbox"/> 生活 <input type="checkbox"/> 定健			
男・女	S・H				<input type="checkbox"/> 生活 <input type="checkbox"/> 定健			
男・女	S・H				<input type="checkbox"/> 生活 <input type="checkbox"/> 定健			
男・女	S・H				<input type="checkbox"/> 生活 <input type="checkbox"/> 定健			
男・女	S・H				<input type="checkbox"/> 生活 <input type="checkbox"/> 定健			
男・女	S・H				<input type="checkbox"/> 生活 <input type="checkbox"/> 定健			

\* 定期健康診断の受付時間は月～金の13:00～15:00になります(毎月第一月曜,第三木曜を除く)