

【健康診断予約票（事業所団体用）】

FAX番号：03-5658-4717

事前に予約をお取りいただきからご記入下さい。

事業所名			
ご住所	〒	部署名	
		ご担当者	
		TEL番号	
保険者名称	健康保険 組合	保険者番号	
		保険証 記号	
案内書 送付先	〒 ※事業所住所と異なる場合のみご記入ください 支店名（ ） 担当者（ ） TEL（ ）		
結果票 送付先	〒 ※事業所住所と異なる場合のみご記入ください 支店名（ ） 担当者（ ） TEL（ ）		
お支払い 方法	<input type="checkbox"/> 当日窓口にてお支払い	請求書 送付先	〒 ※事業所住所と異なる場合のみご記入ください
	<input type="checkbox"/> 後日請求書にてお振込み		支店名（ ） 担当者（ ） Tel（ ）

健診日時	フリガナ 氏名	生年月日 (西暦/月/日)	性別	保険証 番号	健診コース	追加項目など
/		/ /	男			
:			女			
/		/ /	男			
:			女			
/		/ /	男			
:			女			
/		/ /	男			
:			女			
/		/ /	男			
:			女			
/		/ /	男			
:			女			
/		/ /	男			
:			女			

▼連絡欄

【第二臨海クリニック】

〒134-0088 東京都江戸川区西葛西7-28-8 4階
 予約電話番号 : 03-5658-3558
 メールアドレス : daini-rinkai@m-cha.co.jp

