

健康診断予約票（個人用）

予約を確定してから、下記内容をご記入の上、FAXでお送りください。

予約日時	年	月	日	時	分	
フリガナ						
氏名						
生年月日	西暦	年	月	日	性別	男・女
自宅住所	〒					
TEL						
健康保険組合名	※					
取りまとめ機関名	※					
健康診断名 (健診コース)						
オプション項目						
お勤め先名						
お勤め先住所	〒					
お勤め先TEL						
備考	ご案内書の送付先や結果送付先が、ご自宅と異なる場合などご記入ください。					

※は必要に応じてご記入ください。

必ず、電話・メール等で、ご予約を確定の上ご記入下さい。

予約電話番号 03-5658-3558

メールアドレス daini-rinkai@m-cha.co.jp

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

オプション項目欄には、ご予約の際に希望された項目のみご記入下さい。

追加希望の方は備考欄にご記入下さい。尚、項目によっては、予約日を変更させて頂く場合がございます。

FAX番号 03-5658-4717