

健康診断予約票（団体用）

P _____ / _____

番号	フリガナ 氏名	性別	生年月日	健康保険組合	健康診断名 (健診コース)	受診日	オプション	備考
			西暦 年 月 日			年 月 日		
			西暦 年 月 日			年 月 日		
			西暦 年 月 日			年 月 日		
			西暦 年 月 日			年 月 日		
			西暦 年 月 日			年 月 日		
			西暦 年 月 日			年 月 日		
			西暦 年 月 日			年 月 日		
			西暦 年 月 日			年 月 日		
			西暦 年 月 日			年 月 日		
			西暦 年 月 日			年 月 日		
			西暦 年 月 日			年 月 日		
			西暦 年 月 日			年 月 日		

FAX番号 03-5658-4717

会社情報

御社名			
住所	〒		
TEL		FAX	
ご担当者名			

必ず、電話・メール等で、ご予約を確定させてからご記入下さい。

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