

団体(集団)健診申込書	フリガナ	お申込人数 名
	団体企業名: (領収証宛名)	

※ このFAX用紙の送信では予約確定していません。 当院から、確認の連絡後に確定となります。

ご連絡先	TEL.	フリガナ
	FAX.	担当者様 氏名
連絡しやすい時間帯:	時頃()	
お支払い方法と領収証	<input type="checkbox"/> 代表者が一括でお支払い(現金・クレジットカード・銀行振込) 全員分まとめた領収証のお渡し	
	振込取扱銀行:三井住友銀行 ※振込手数料はご負担願います。	
健診期間(目安) ご希望に添えない場合も ございます。	第1希望:	年 月 日頃~ 月 日ぐらい
	第2希望:	年 月 日頃~ 月 日ぐらい
	第3希望:	年 月 日頃~ 月 日ぐらい

【申込受診者一覧】

	氏名(フリガナ)	生年月日	性別/年齢	ご希望の健診検査		院内欄
1	フリガナ	S・H 年	男・女	健診セット	1・2・3・4・5・6・7	
		月 日生	才	個別検査 ほか	心電図・胸部XP・骨密度・便潜血	
		住所:大阪市・	市		便検査(A・B・C・D・E)・他()	
2	フリガナ	S・H 年	男・女	健診セット	1・2・3・4・5・6・7	
		月 日生	才	個別検査 ほか	心電図・胸部XP・骨密度・便潜血	
		住所:大阪市・	市		便検査(A・B・C・D・E)・他()	
3	フリガナ	S・H 年	男・女	健診セット	1・2・3・4・5・6・7	
		月 日生	才	個別検査 ほか	心電図・胸部XP・骨密度・便潜血	
		住所:大阪市・	市		便検査(A・B・C・D・E)・他()	
4	フリガナ	S・H 年	男・女	健診セット	1・2・3・4・5・6・7	
		月 日生	才	個別検査 ほか	心電図・胸部XP・骨密度・便潜血	
		住所:大阪市・	市		便検査(A・B・C・D・E)・他()	
5	フリガナ	S・H 年	男・女	健診セット	1・2・3・4・5・6・7	
		月 日生	才	個別検査 ほか	心電図・胸部XP・骨密度・便潜血	
		住所:大阪市・	市		便検査(A・B・C・D・E)・他()	
6	フリガナ	S・H 年	男・女	健診セット	1・2・3・4・5・6・7	
		月 日生	才	個別検査 ほか	心電図・胸部XP・骨密度・便潜血	
		住所:大阪市・	市		便検査(A・B・C・D・E)・他()	
7	フリガナ	S・H 年	男・女	健診セット	1・2・3・4・5・6・7	
		月 日生	才	個別検査 ほか	心電図・胸部XP・骨密度・便潜血	
		住所:大阪市・	市		便検査(A・B・C・D・E)・他()	
8	フリガナ	S・H 年	男・女	健診セット	1・2・3・4・5・6・7	
		月 日生	才	個別検査 ほか	心電図・胸部XP・骨密度・便潜血	
		住所:大阪市・	市		便検査(A・B・C・D・E)・他()	
9	フリガナ	S・H 年	男・女	健診セット	1・2・3・4・5・6・7	
		月 日生	才	個別検査 ほか	心電図・胸部XP・骨密度・便潜血	
		住所:大阪市・	市		便検査(A・B・C・D・E)・他()	
10	フリガナ	S・H 年	男・女	健診セット	1・2・3・4・5・6・7	
		月 日生	才	個別検査 ほか	心電図・胸部XP・骨密度・便潜血	
		住所:大阪市・	市		便検査(A・B・C・D・E)・他()	

ご質問事項など:

医療法人 たにぐちクリニック
FAX. 06-6951-1857