

人間ドック ビジター健診申込書

申込年月日 平成 年 月 日

健 診 希 望 日			健 診 決 定 日 時		
第 1 希 望		月 日	平成 年 月 日 時 分		
第 2 希 望		月 日			
フリガナ			生 年 月 日	男	女
氏 名			明治 大正 昭和	年 月 日	既 婚 未 婚
フリガナ					
住 所	〒				
勤 務 先			電 話		
3 M 悠々クラブ			自 宅	()	
			勤務先	()	
健 康 保 険 者 証			紹 介 者		
1. 国民健康保険 2. 社会保険 3. () 健康保険組合			本 人 家 族		

左の太線の枠内だけ記入してください。

上記のとおり健診費を添えて、人間ドック健診を申込みます。

※振込先 みずほ銀行 渋谷支店 当座 14922・三井住友銀行 渋谷支店 当座 6771341
りそな銀行 渋谷西支店 当座 814284・東京スター銀行 代々木八幡支店 普通 65391

※ご注意 健診日より7日以内の健診申込解消に対し、キャンセル料1回5,000円をいただく場合があります。

[illegible]

PL東京健康管理センター

東京都渋谷区神山町16-1

TEL: 03-3469-1163 <http://www.pl-tokyo-kenkan.gr.jp>

ご予約・お問い合わせに関しては、電話・インターネットでも受け付けています。

FAX 03-3467-9037