

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 氏名	生 年 月 日			男	女
	明治	大正	昭和	既	未
年 月 日	年 月 日	年 月 日	婚	婚	
フリガナ 住 所					
勤 务 先			電 話		
3M 悠々クラブ			自 宅	()	
			勤務先	()	
健 康 保 險 者 証				紹 介 者	
1. 国民健康保険		本 人			
2. 社会保険					
3. () 健康保険組合		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円をいただきます。

番号										請求
----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	----

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 03-3469-9037