健康診断申込書（協会けんぽの補助を利用される方）

様式③

重要： 新規でお申し込みされる方は送付前に必ず当院までお問合せください。　TEL：0739-22-5130/5140

お申込み方法：受診を希望する方の氏名、性別、生年月日をご記入ください→希望する健診について○をつけてください

下記のとおり申し込みます。

令和　　年　　月　　日

紀南病院

事業所所在地

事業所名称

電話番号

番号	フリガナ 氏　　名	性別	生年月日	一般	若年	節目	乳がん	子宮がん	骨密度	備　考