様式④

健康診断申込書(その他の方)

※協会けんぽの補助を利用しない方

重要：新規でお申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

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

コースコード	フリガナ 氏名	性別	生年月日	住所	電話番号	備考