

FAXの送信は、平日の午前9時30分～午後5時までの間をお願いします。

健康診断申込書

東旭川病院 御中
(FAX 36-1891)

住 所
会 社 名
電 話 番 号
担 当 者 名

該当する箇所にチェック下さい。

※ 電話番号・担当者名も、ご記入下さい。折り返しお電話致します。

NO	ふりがな 氏 名	生年月日	年齢	受診票		検査内容		有機溶剤			受診希望日	備 考
				有	無	法定	一般	キシレン	トルエン	左記以外の場合記入下さい		
1		昭和・平成 年 月 日									7月 日	
2		昭和・平成 年 月 日									7月 日	
3		昭和・平成 年 月 日									7月 日	
4		昭和・平成 年 月 日									7月 日	
5		昭和・平成 年 月 日									7月 日	
6		昭和・平成 年 月 日									7月 日	
7		昭和・平成 年 月 日									7月 日	
8		昭和・平成 年 月 日									7月 日	
9		昭和・平成 年 月 日									7月 日	
10		昭和・平成 年 月 日									7月 日	
小(合) 計												

※ 過去に受診されている方は、「健康診断個人票」を持参下さい。