

# 健康診断申込票

広島共立病院 健診センター 【TEL】 082-879-1223 <直通>  
(8:30-17:00) 【FAX】 082-879-6891

082-879-1111 <病院代表>  
◆休診日:日・祝・第2・4土曜日

\*お名前・フリガナ・生年月日は正確にご記入ください。

\*実施日が決まり次第、連絡を差し上げます。

\*キャンセル・変更の連絡はお早めをお願いします。

\*その他ご要望は特記事項にご記入ください。

事業所名:	ご担当者様名:	電話: - -
		FAX: - -
連絡先: 〒 - 都道府県 市 区		

\*郵送物や健診結果の送付先が異なる場合は下段のご住所もご記入ください。

結果 郵送物: 送付先	〒 -	送付先 事業所名	(事業所・自宅)
		都道府県 市 区	

該当するものにマルをして下さい

- ① 健診料支払方法は…  
1,窓口 2,振込み 3,その他
- ② 結果報告用紙のお届け先は…  
個人あて 事業所様あて

No	フリガナ	当院 受診歴	生年月日	性別	健診コース	希望受診日(曜日)	(共立病院記入欄)	
	氏名						受診日(決定)	ご来院時間
1		有・無	S・H . .	男・女		/ ( )	/ ( )	
2		有・無	S・H . .	男・女		/ ( )	/ ( )	
3		有・無	S・H . .	男・女		/ ( )	/ ( )	
4		有・無	S・H . .	男・女		/ ( )	/ ( )	
5		有・無	S・H . .	男・女		/ ( )	/ ( )	

備考・特記事項	
---------	--

(5名様を超えてのお申し込みの場合は、恐れ入りますが本書式をコピーしてご使用いただきますようお願いいたします)