

健康診断申込票

広島共立病院 健診センター
(8:30-17:00)

【TEL】 082-879-1223 <直通>
【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。

*その他のご要望は特記事項に
ご記入ください。

	ご担当者名:	企業コード
〒	連絡先:	

*結果や郵送先が異なる場合は下段のご住所もご記入ください。

結果 郵便物: 連絡先	〒	-	送付先	(事業所・自宅)
			事業所名	
			都道府県	市 区

該当するものにマルをしてください

①健診支払い方法は・・・
1,窓口 2,振込み 3,その他

①事業所への健診結果控えは・・・
1,必要(委任状必要) 2,不要

No	ID	フリガナ	生年月日	性別	前回コース	希望受診日 (曜日)	(共立病院記入欄)	
		氏名			受診コース		受診日(決定)	ご来院時間
1				男・女		/ ()	/ ()	
2				男・女		/ ()	/ ()	
3				男・女		/ ()	/ ()	
4				男・女		/ ()	/ ()	
5				男・女		/ ()	/ ()	

備考・特記事項