

専用申込書

予約受付期間:令和6年11月18日(月)~令和7年1月31日(金)

健診実施期間:令和6年11月25日(月)~令和7年2月28日(金)

補助対象外専用

必要事項を記入し、FAXにてお申し込み下さい。内容確認後、日程の調整を行います。ご予約の確定には、申込日より10日前後を目処にFAXにて返信いたします。(※返信FAXは、下記送付先のFAX番号宛に送信します。)なお、予約受付期間外の受付は、承っておりません。

○下記太枠内をご記入下さい。郵送物の送付先に☑を入れ、連絡先をご記入下さい。

事業所名称 ※必ずご記入下さい。		〒 _____ 番地 _____		ご担当者名:(_____)	
送付先	<input type="checkbox"/> 事業所	電話番号: (_____)	※FAX番号: (_____)		
		メールアドレス _____ @ _____			
	<input type="checkbox"/> 自宅	〒 _____ 番地 _____			
		電話番号: (_____)	※FAX番号: (_____)		
	メールアドレス _____ @ _____				

記入漏れがあった場合、ご予約がお取りできません。ご注意ください！！

◎事業所ご担当者の方へ◎
各個人宅への郵送をご希望の場合は、下記に☑をし、備考欄に住所をご記入下さい。

各個人宅へ送付希望

(注意事項)
・子宮頸がん検査(単独)と健康診断は別日でのご予約となります。こちらの申込書に健康診断の日程をご記入下さい。

申込日	20	年	月	日
-----	----	---	---	---

(記入不要)	フリガナ 氏名	性別	生年月日			健康診断 コース	希望月		希望曜日		病院使用欄 【予約決定日時】	備考
			年	月	日		第1	第2	第1	第2		
		男・女	昭・平			法定健診	第1	第2	第1	第2	月 日	
		男・女	昭・平			法定健診	第1	第2	第1	第2	時 分	
		男・女	昭・平			法定健診	第1	第2	第1	第2	月 日	
		男・女	昭・平			法定健診	第1	第2	第1	第2	時 分	
		男・女	昭・平			法定健診	第1	第2	第1	第2	月 日	
		男・女	昭・平			法定健診	第1	第2	第1	第2	時 分	
		男・女	昭・平			法定健診	第1	第2	第1	第2	月 日	
		男・女	昭・平			法定健診	第1	第2	第1	第2	時 分	

(お問い合わせ先)

電話:06-6372-0750 受付時間 平日 13:00~16:00

病院使用欄は記入しないで下さい

◎この用紙は、大阪府済生会中津病院専用申込用紙です。