

健康診断希望申し込み用紙①

下記の項目をご記入の上、別紙『健康診断希望申し込み用紙②』と併せて
FAX（0744-22-1760）にてお申し込み下さい。

事業所名称

〒

事業所所在地

TEL

FAX

ご担当者

様

お支払い方法

1. ご本人による当日現金精算
2. 代表者による一括現金精算
3. 銀行振込

（後日、請求書を送付いたしますので、期日までにお振り込み下さい。

請求書の送付先が上記事業所所在地と異なる場合は下記にご記入願います。）

送付先

〒

健康診断結果のお渡し

1. ご来院にて受け取り（受診者本人）
2. ご来院にて受け取り（代表者）
3. 事業所へ郵送

（郵送先が上記事業所所在地と異なる場合は下記にご記入願います。）

送付先

〒

〒634-0804

奈良県橿原市内膳町1-1-5 大通口ビル2F

医療法人 彩雲会

辻本内科医院

TEL 0744-22-0777

FAX 0744-22-1760

健康診断希望申し込み用紙②

氏 名		第 1 希望日時	第 2 希望日時	希望健診No.
カナ	男	年 月 日 () 曜日	年 月 日 () 曜日	ホームページ内の「健診No.」をご記入下さい。いずれにも当てはまらない場合は項目の詳細をお知らせ下さい。
	女			
S・H 年 月 日生 () 歳		ご希望時間に○ 9:00 9:30 10:00 10:30	ご希望時間に○ 9:00 9:30 10:00 10:30	
カナ	男	年 月 日 () 曜日	年 月 日 () 曜日	ホームページ内の「健診No.」をご記入下さい。いずれにも当てはまらない場合は項目の詳細をお知らせ下さい。
	女			
S・H 年 月 日生 () 歳		ご希望時間に○ 9:00 9:30 10:00 10:30	ご希望時間に○ 9:00 9:30 10:00 10:30	
カナ	男	年 月 日 () 曜日	年 月 日 () 曜日	ホームページ内の「健診No.」をご記入下さい。いずれにも当てはまらない場合は項目の詳細をお知らせ下さい。
	女			
S・H 年 月 日生 () 歳		ご希望時間に○ 9:00 9:30 10:00 10:30	ご希望時間に○ 9:00 9:30 10:00 10:30	
カナ	男	年 月 日 () 曜日	年 月 日 () 曜日	ホームページ内の「健診No.」をご記入下さい。いずれにも当てはまらない場合は項目の詳細をお知らせ下さい。
	女			
S・H 年 月 日生 () 歳		ご希望時間に○ 9:00 9:30 10:00 10:30	ご希望時間に○ 9:00 9:30 10:00 10:30	
カナ	男	年 月 日 () 曜日	年 月 日 () 曜日	ホームページ内の「健診No.」をご記入下さい。いずれにも当てはまらない場合は項目の詳細をお知らせ下さい。
	女			
S・H 年 月 日生 () 歳		ご希望時間に○ 9:00 9:30 10:00 10:30	ご希望時間に○ 9:00 9:30 10:00 10:30	

※健康診断の費用については当院HP内の『健康診断の内容と価格について』をご覧ください。

※各事業所において詳細な項目が指定されている場合は併せてFAXして下さい。

※採血検査を含む健康診断をされる方は6時間前より絶食して下さい。

(ただし、お茶、お水、糖分の含まれていない飲料は可)

※予約状況により、ご希望の日時で承ることができない場合があります。

※予約制ではございますが、通常診療も行っている為、混み具合によってはお待ちいただくことがあります。ご了承ください。

※ご不明な点、ご相談があればご遠慮なくお問い合わせ下さい。

医療法人 彩雲会

辻本内科医院

TEL 0744-22-0777