

一般健診 FAX申込書

申込日: 年 月 日

FAX番号: 06-6878-1260
吹田徳洲会病院

※印をすべてご記入のうえ、FAX送信して下さい。

※ 事業所名	
※ 住所	
※ 担当者名	
※ 電話番号	
※ FAX番号	

一般健診	コースA	¥5,940
	コースB	¥9,350
	コースC	¥9,900

オプションは追加できません 消費税10%込

※ 自己負担額	当日精算 ・ 会社請求
支払方法	

希望日は申込日より、2週間以降の日程をご記入ください

診察券番号	フリガナ		性別	生年月日 (和暦)	携帯電話 番号	希望コースに○	受診日(平日のみ)		備考
	姓	名					第1希望	第2希望	
1			男・女			A B C			
2			男・女			A B C			
3			男・女			A B C			
4			男・女			A B C			
5			男・女			A B C			
6			男・女			A B C			
7			男・女			A B C			
8			男・女			A B C			
9			男・女			A B C			
10			男・女			A B C			
11			男・女			A B C			
12			男・女			A B C			
13			男・女			A B C			
14			男・女			A B C			
15			男・女			A B C			

診察券番号の入力は、可能な範囲で結構です