

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	¥6,270
	コースB	¥9,900
	コースC	¥10,450
オプションは追加できません 税込み		
※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			