

健康診断申込書		送付先		〒933-0945 高岡市金屋本町1-3 (一財)北陸予防医学協会 高岡総合健診センター								
会場	北陸予防医学協会 高岡総合健診センター	TEL		0766-24-3221								
		FAX		0766-24-3277								
会社名				TEL								
〒	(-)			FAX								
住所				【ホームページの入力フォームから申し込む場合】								
担当者				*この申込書の「会社名」を必ずご記入ください。住所・担当者名・TEL等はホームページで入力してあれば、省略しても結構です。								
備考 等												
<p>・ご予約は先着順となっております。ご希望日が満員の場合はお知らせいたしますので、ご了承ください。</p> <p>・下欄の必要事項に記入してください。(氏名・フリガナ・性別・生年月日は必須です)</p> <p>・ご希望のコース・オプションに をつけてください。下記以外を希望される場合は、記入ください。</p>												
No	フリガナ 氏名	性別	生年月日	コース			オプション			受診 希望日	午前	午後
				定期 健診	生活 習慣 病	その他	胃	エコー	その他			
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
北陸予防使用欄		調整		名簿		返答						
		事前		準備発送								
		当日		受診票確認		受付入力				当日入金		