

<b>健康診断申込書</b>			送付先		〒930-0177 富山市西二俣277-3 (一財)北陸予防医学協会 健康管理センター							
会場	北陸予防医学協会 健康管理センター		TEL		076-436-1238							
			FAX		076-436-1240							
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	