

<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	076-436-1344										
会社名		TEL											
〒	( - )	FAX											
住所		<b>【ホームページの入力フォームから申し込む場合】</b>											
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							
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		