

NO.....

## 事業所健診申込書（FAX返信用）

当診療所では健診が受付から診察まで円滑に行えるように申込書をいただいています。  
下記のフォームにご記入のうえ、FAX（028-684-6208）にて返信をお願いします。

事業所名.....  
事業所住所・連絡先..... 健診御担当者様名.....  
〒..... 電話.....（.....）..... FAX.....（.....）  
.....市・町.....

◆健診希望日.....年.....月.....日 AM・PM  
ふりがな..... 医療生協への加入状況 組合員 ・ 未加入  
氏名.....男・女..... 生年月日.....年.....月.....日生 年齢.....歳  
住所 〒.....-.....  
.....市・町..... 電話.....（.....）  
備考：.....

◆健診希望日.....年.....月.....日 AM・PM  
ふりがな..... 医療生協への加入状況 組合員 ・ 未加入  
氏名.....男・女..... 生年月日.....年.....月.....日生 年齢.....歳  
住所 〒.....-.....  
.....市・町..... 電話.....（.....）  
備考：.....

◆健診希望日.....年.....月.....日 AM・PM  
ふりがな..... 医療生協への加入状況 組合員 ・ 未加入  
氏名.....男・女..... 生年月日.....年.....月.....日生 年齢.....歳  
住所 〒.....-.....  
.....市・町..... 電話.....（.....）  
備考：.....

◆健診希望日.....年.....月.....日 AM・PM  
ふりがな..... 医療生協への加入状況 組合員 ・ 未加入  
氏名.....男・女..... 生年月日.....年.....月.....日生 年齢.....歳  
住所 〒.....-.....  
.....市・町..... 電話.....（.....）  
備考：.....

◆健診希望日.....年.....月.....日 AM・PM  
ふりがな..... 医療生協への加入状況 組合員 ・ 未加入  
氏名.....男・女..... 生年月日.....年.....月.....日生 年齢.....歳  
住所 〒.....-.....  
.....市・町..... 電話.....（.....）  
備考：.....

記入欄不足の場合はコピーにてお願いします。

連絡事項  
健診結果  
健診代金

窓口受取り・事業所へ郵送（どちらかに○をお願いします。）  
請求書の振込み先へご入金ください。振込手数料のご負担はご了承願います。  
健診結果と請求書は後日まとめて郵送いたします。

栃木保健医療生活協同組合・生協ふたば診療所  
〒321-0164 宇都宮市双葉1丁目13-56 健診担当 杉本  
電話028-684-6200 FAX028-684-6208