

※名簿送付先 F A X 番号 03-5974-7204 (豊島健康診査センター 宛)
フレンドリー 健康診断・自費検査 申込者 名簿

事業所名 _____ 電話番号 _____

住 所 _____ F A X 番号 _____

担当者名 _____

健診料のお支払い方法をお決め下さい。 1 窓口現金払い 2 銀行振込

支払方法 1 の場合の領収書宛名 1 事業所名 2 受診者名

NO	受診日	受診時間	サービスセンター 会員番号	フリガナ 氏 名	性別	生年月日 S:昭和 H:平成	受診項目	自費検査項目 (オプション名)
1						S H	A C	
2						S H	A C	
3						S H	A C	
4						S H	A C	
5						S H	A C	
6						S H	A C	
7						S H	A C	
8						S H	A C	
9						S H	A C	
10						S H	A C	
11						S H	A C	
12						S H	A C	
13						S H	A C	
14						S H	A C	
15						S H	A C	

※健康診断の受診日時は、必ず事前にお電話 (03-5974-7205) でご相談、ご予約ください。

※自費検査 (オプション) の受診日時も同様に事前にお電話でご相談ください。