

若年健診申込書

(消費税込 8,640円)

多摩健康管理センター

FAX 042-529-1810

当センター予約担当

--

事業所名称			
事業所所在地	〒 -		
	TEL ()	FAX ()	
健康保険証の記号		事業所のご担当者名	

健康保険証の番号	フリガナ	性別	生年月日	希望するものに○をつけてください		健診予約日
	お名前			胃	便	会場名
		男・女	昭・平 年 月 日			年 月 日
本人・家族						
		男・女	昭・平 年 月 日			年 月 日
本人・家族						
		男・女	昭・平 年 月 日			年 月 日
本人・家族						
		男・女	昭・平 年 月 日			年 月 日
本人・家族						
		男・女	昭・平 年 月 日			年 月 日
本人・家族						
		男・女	昭・平 年 月 日			年 月 日
本人・家族						

※ 胃部X線・便潜血検査は、別途費用が加算されます。

(一社)東京都総合組合保健施設振興協会
 多摩健康管理センター 巡回健診課
 TEL 042(529)1811