

健康診断申込書

年 月 日 担当

フリガナ 団体名称				備考			
略称							
担当者氏名	(部署)			健診料金	当日領収	後日請求	
住所①	TEL			オプション	当日領収	後日請求	
	FAX			控え	必要	・	不要
住所②	TEL			管理票	必要	・	不要
	申込者	性別	生年月日	コース OP	希望日 希望時間	確定日 確定時間	単価
1	フリガナ 名前						
2	フリガナ 名前						
3	フリガナ 名前						
4	フリガナ 名前						
5	フリガナ 名前						
6	フリガナ 名前						
計 名 (男 名 ・ 女 名)							
申込日	令和 年 月 日			松阪市健診センター ピーす			
連絡先	_____			(指定管理者 松阪地区医師会)			
TEL番号	_____			健診予約課 電話 0598-23-7563 FAX 0598-23-7669			