

9~12月
専用

集団
健診

予約
申込書

住所 〒

.....

フリガナ

.....

氏名

生年月日 西暦 年 月 日

※予約確認の連絡をすることがあります。必ずご記入下さい。

電話 ()

FAX ()

受ける日	月 日					
受ける場所	本庁			本庁以外：会場名 ()		
予約時間 (○をつけてください)	8:00	8:30	9:00	9:30	10:00	10:30
	9:30	10:00	10:30	11:00	11:30	12:00
	11:00	11:30	12:00			
希望する オプション検査 (○をつけてください)	筋肉量		肺がん			

※肺がん検診はお受けできない会場がございます。ご了承ください。
※ご予約は、受診の前々日(土・日・祝を含まない)必着