

《 雇入時(入社時)健康診断・一般健康診断 》 申込書

※お手数ですが、FAXまたはメールにて
お送り頂きますようお願い致します。

FAX : 0294-72-7563

mail : medical_office@fujii-hospital.com

事業所・団体名			
事業所・団体所在地 (郵便番号)	〒	健診ご担当者様	
事業所・団体所在地 (住所)		電話番号	
		FAX	
保険者番号		保険証_記号	

◎健診ご案内文書・問診票等の送付先(支店・営業所・ご自宅等)が上記住所と異なる場合はご記入ください

営業所・支店所在地 (郵便番号)	〒	営業所・支店名	
営業所・支店所在地 (住所)		電話番号	
		FAX	

	フリガナ	性別	生年月日 (西暦)	年齢	保険 証 番号	受診予約日	受診希望 コース	備考 ※特記事項があれば ご記載ください。
	受診者氏名					受付時間		
(例)	フジイ 知ウ 藤井 太郎	男	2000年4月1日	25	123	2025年10月20日(月) 9:30	一般健康診断	
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								

医療法人 藤慈会
藤井病院
TEL 0294-72-5511