

申込みFAX番号 0237-55-2444

健診予約申込書

		申込み日	平成	年	月	日
事業所名		担当者名				
住所	〒	TEL				
		FAX				
フリガナ		性別	生年月日			
受診者名		男・女	T S H 年 月 日			
自宅住所	〒					
電話番号						
申込みコース (<input type="checkbox"/> にチェックを入れてください)						
<input type="checkbox"/> A	脳健診 MRI	<input type="checkbox"/> C	簡易脳ドック			
<input type="checkbox"/> B	脳血管健診 (頸部MRA)	<input type="checkbox"/> D	脳ドック			
<input type="checkbox"/> オプション	LOX-index ロックスインデックス					
受診希望日 (* 月曜・火曜 のみとなります)						
第一希望	平成		年	月	日	曜日
第二希望	平成		年	月	日	曜日

- * 複数の申し込みの場合には申込書をコピーして下さいますようお願いいたします。
- * 「個人情報の取扱いについて」お申込時にお預かりした個人情報につきましては、本事業運営のために検査機関に提供します。必ず、受診される方が同意の上、お申込みくださいますようお願いいたします。それ以外の目的で利用することはありません。

公益社団法人 村山法人会

〒995-0035 山形県村山市中央一丁目3-5

TEL 0237-55-2555 ・ FAX 0237-55-2444