

FAX番号 03(3881)2416  
 東京千住・尚視会クリニック健診プラザあて

送信日：令和 年 月 日

## 日曜健診FAX専用申込書

申込代表者	会員番号	—
	事業所名	
	会員氏名	
	日中連絡のつく電話番号	(自宅・勤務先・携帯)

書類の送付先は登録済みの事業所住所（個人会員は自宅）宛に統一させていただきます。

※例を参考に参加者全員の情報をご記入ください。 ※申込区分は会員・家族・関係者のいずれかです。

No.	会員番号 (会員のみ)	氏名	フリガナ	生年月日	性別	申込区分	コース名	希望日時(時間)
例	00000 -0001	足立 太郎	アダチ タロウ	平成 5・6・7	男	会 員	① B C	5/18 (9:00~10:00)
1						会 員 家 族 関 係 者	A B C	
2						会 員 家 族 関 係 者	A B C	
3						会 員 家 族 関 係 者	A B C	
4						会 員 家 族 関 係 者	A B C	
5						会 員 家 族 関 係 者	A B C	
6						会 員 家 族 関 係 者	A B C	
7						会 員 家 族 関 係 者	A B C	
8						会 員 家 族 関 係 者	A B C	
9						会 員 家 族 関 係 者	A B C	
10						会 員 家 族 関 係 者	A B C	

- 欄が足りない場合は、適宜コピーする等対応してください。
- 健診の事前問診票及び健診結果については、委託医療機関から直接、申込代表者あてに送付されます。