

「人間ドック(日帰り)」受診申込書

健診・医療機関

大阪中央病院 健康管理センター

ふりがな 被保険者名	㊟	事業所 (○で囲む)	本社 ・ 鋳造 ・ 精密 富山 ・ 任継 ・ 労組
保険証記号 (○で囲む)	31 ・ 34 ・ 38 41 ・ 42 ・ 44	保険証 番号	
ふりがな 受診者名		昭・平 年 月 日生	男・女
コース名	半日ドック(健保指定)	連絡先(TEL)	— —
(健診希望日)			
第1希望		年 月 日 (曜日)	午前 ・ 午後
第2希望		年 月 日 (曜日)	午前 ・ 午後
第3希望		年 月 日 (曜日)	午前 ・ 午後
(問診票の送付先) 〒 -			自宅 ・ 勤務先
(健診結果の送付先) 〒 -			自宅 ・ 勤務先
(備考欄) * 要望等あったら記入して下さい			