

## 予 約 者 名 簿

会社名 \_\_\_\_\_

ご担当者 \_\_\_\_\_

※受診者氏名・性別・生年月日・年齢・受診希望日を記入し、時間帯は、9時台、10時台、11時台のいずれかに○をしてください。  
 ※健診種別の欄は、下記から選んで下さい。複数ある場合は、複数記入して下さい。

【健診種別】 定期健診、雇入れ、生活習慣病予防健診、人間ドック、石綿健診、じん肺健診、オプション検査

	氏名		性別	生年月日	年齢	健診種別	希望日	希望時間 帯○をつけて下さい	備考
	(漢字)	(ヨミガナ)							
1			男・女	年 月 日	歳		月 日	9時台 10時台 11時台	
2			男・女	年 月 日	歳		月 日	9時台 10時台 11時台	
3			男・女	年 月 日	歳		月 日	9時台 10時台 11時台	
4			男・女	年 月 日	歳		月 日	9時台 10時台 11時台	
5			男・女	年 月 日	歳		月 日	9時台 10時台 11時台	
6			男・女	年 月 日	歳		月 日	9時台 10時台 11時台	
7			男・女	年 月 日	歳		月 日	9時台 10時台 11時台	
8			男・女	年 月 日	歳		月 日	9時台 10時台 11時台	
9			男・女	年 月 日	歳		月 日	9時台 10時台 11時台	
10			男・女	年 月 日	歳		月 日	9時台 10時台 11時台	

※ご記入が出来次第、FAX送信願います。

FAX送信先 **03-3229-6588** 医療法人社団省賢会 古藤クリニック