

FAX 048(223)2637

申込み期限 5/9(月)迄

ライフサポートクリニック宛

## 健康診断申込書 6/9(木)開催分

【コ - ス】 A:定期健康診断 6,372円 B:定期健康診断 2,160円 C:生活習慣病健診 9,936円  
 【オプション】 各種 申し込みコードをご記入ください

事業所名				担 当 者		
所在地	〒			電 話	( )	
				F A X	( )	
氏 名			性別	生年月日	コース	オプションコード*
フリガナ			男・女	S・H . .	A B C	
フリガナ			男・女	S・H . .	A B C	
フリガナ			男・女	S・H . .	A B C	
フリガナ			男・女	S・H . .	A B C	
フリガナ			男・女	S・H . .	A B C	
フリガナ			男・女	S・H . .	A B C	
フリガナ			男・女	S・H . .	A B C	
フリガナ			男・女	S・H . .	A B C	
合計	A( )名	B( )名	C( )名			

\*オプション Y00 有機溶剤について

お申し込みの方に溶剤種類の確認をさせていただきます。種類により料金が異なります。

ご記入頂きました個人情報は、健康診断案内の発送・健康状態把握の為に診察・検査の実施結果報告・健診後のフォローアップに使用いたします。また、上記目的の為に委託する医療機関にて個人情報を使用させていただく旨を予めご了承ください。

### 【実施医療機関 (申し込み・問い合わせ先)】

ライフサポートクリニック TEL 048(223)2576 FAX 048(223)2637