

# 自費申込書

国民健康保険ご加入のお客様

健診コース  生活習慣病健診①  生活習慣病健診②  人間ドック

\*健診コース、料金など不明点はお問い合わせください。

年 月 日

〒  
ご住所

TEL ( )

受診日 年 月 日 ( 曜日)

\*上記とは別に送付先がございましたら、こちらへご記入ください。

〒

TEL ( )

フリガナ お名前	性別	生年月日	登録No.	備考
	男・女	(西暦) 年 月 日( 歳)		
	男・女	(西暦) 年 月 日( 歳)		
	男・女	(西暦) 年 月 日( 歳)		
	男・女	(西暦) 年 月 日( 歳)		
	男・女	(西暦) 年 月 日( 歳)		
	男・女	(西暦) 年 月 日( 歳)		
	男・女	(西暦) 年 月 日( 歳)		
	男・女	(西暦) 年 月 日( 歳)		
	男・女	(西暦) 年 月 日( 歳)		
	男・女	(西暦) 年 月 日( 歳)		

医療法人社団 せいおう会 鶯谷健診センター TEL.03-3873-9161 FAX.03-3873-9170 <https://seioukai.jp>

# U G U I S U D A N I M E D I C A L C E N T E R