

# FAX受診申込みフォーム【上本町用】



健診をご希望の方は必要事項をご記入の上  
FAXで送信してください。

■ FAX送信日 月 日

■ 受診希望日 **第1希望** 月 日 **第2希望** 月 日

■ ご希望の健診コース

■ 受診者お名前

■ 性別 男・女

フリガナ

■ 生年月日

M・T・S・H

年 月 日生

様

■ ご住所

■ TEL ( ) —

■ 日中用連絡先 ( ) —

本人携帯・ 自宅・ 会社 ( )

■ 保険証の種類

健康保険組合 組合名

社会保険 会社名

大阪市国民健康保険 記号 番号

その他

■ ご希望のオプション検査、ご質問等がありましたらご記入ください。

**FAX 06(6761)0600**