

明治安田新宿健診センター

予約申し込み用紙（FAX用）

このページをプリントされ、必要事項をご記入のうえ、明治安田新宿健診センターまで送信してください。
着信後当健診センターから確認のお電話（平日：9:00～17:00）をさせていただきます。

フリガナ		性別	生年月日
氏名		男・女	大・昭・平 年 月 日(歳)
住所	〒 TEL : ()		
勤務先名称 住所	〒 TEL : ()		
所属健康保険組合			
《日中のご連絡先電話番号》 TEL : ()			
保険証記号		保険証番号	
受診希望日	第1希望： 月 日 (曜日)		
	第2希望： 月 日 (曜日)		
<ご希望のオプション検査などございましたらご記入ください>			

<その他、ご質問等がありましたらご記入ください>			

FAX 番号 : 03-3349-2735