

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。
着信後に折り返しのお電話（3営業日以内に）をさせていただきます。

※ 任意項目

フリガナ		生年月日	大・昭・平 年 月 日 (歳)
氏 名		性 別	出生時に割り当てられた性 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
			自認する性(※) <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> どちらでもない <input type="checkbox"/> わからない
住 所	〒 電話番号 ()		
勤務先名称 住所	〒 電話番号 ()		
所属健康保険組合			
≪日中のご連絡先電話番号≫ ()			
保険証記号		保険証番号	
受診希望日	第1希望日： 月 日 (曜日)		
	第2希望日： 月 日 (曜日)		
【希望のオプション検査などがございましたらご記入ください】			
【そのほか、ご質問がありましたらご記入ください】			

FAX番号:03-3320-6100