

- 健康診断申込書は【FAX:028-649-0117】へ送信して下さい
- 健康診断受診に関する案内や指定の用紙等も併せて送信願います
- 「※」の箇所は、全てご記入下さい。
記入に際してのお問合せは【電話:028-648-7555】へご連絡下さい

健康診断申込書			病院使用欄
※申込日	R 年 月 日		<input type="checkbox"/>
※氏名	(フリガナ)		<input type="checkbox"/>
	(漢字)		<input type="checkbox"/>
※生年月日・性別	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/>
※連絡先電話番号	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 - -		<input type="checkbox"/>
※住所	郵便番号 -		<input type="checkbox"/>
※健診結果の提出期限	R 年 月 日	迄に必要な	<input type="checkbox"/>
※健診希望日	(第1希望)R 年 月 日()	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/>
	(第2希望)R 年 月 日()	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/>
	(第3希望)R 年 月 日()	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/>
※健診内容	<input type="checkbox"/> Aセット	<input type="checkbox"/> Bセット	<input type="checkbox"/>
※追加項目の有・無	<input type="checkbox"/> 有 ⇒内容が分かる書類を一緒にFAXして下さい	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/>
※提出用紙の種類	<input type="checkbox"/> 個人票 <input type="checkbox"/> 診断書 ⇒別に「診断書」代金が必要となります		<input type="checkbox"/>
※指定用紙の有・無	<input type="checkbox"/> 有 ⇒内容が分かる書類を一緒にFAXして下さい	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/>
※領収書の宛名 ⇒会社宛の場合は、宛名を記入	<input type="checkbox"/> 受診者名宛名(電子版形式)	<input type="checkbox"/> 会社宛(手書版形式)	<input type="checkbox"/>
	正式名称にてご記入下さい		<input type="checkbox"/>
※当院への連絡・要望等通信欄	<input type="checkbox"/> 有 ⇒有の場合は通信欄にご記入下さい <input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/>

宇都宮内科病院

病院使用欄	ID: □□□□□□
<input type="checkbox"/> 外来連絡 <input type="checkbox"/> 採血電子カルテ登録依頼 ⇒ <input type="checkbox"/> 確認	
<input type="checkbox"/> 結果 月 日()	<input type="checkbox"/> 代金 円
<input type="checkbox"/> 備考 ①追加項目 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ⇒「有」の場合、追加項目() ⇒「有」の場合、追加代金: 円	

受付者