

<h1 style="margin:0;">オプション検査申込書</h1>	<h1 style="margin:0;">Fax 093-511-2264</h1> <p style="margin:0; text-align: right;">小倉記念病院 健康管理センター</p>
---------------------------------------	---

下記に必要事項をご記入後、F a x お願いします。

**7 営業日以内**に当院よりご連絡させていただき、予約確定となります。

《事業所名》	
ご連絡先 <b>※必須</b> 《TEL》	《ご担当者》

健康保険証の番号	フリガナ 氏 名	性別	生年月日	オプション項目記入欄
276	キネン ハナコ 記念 花子	男 女	40.9.16	胃カメラ（鼻）、子宮がん検診、 ピロリ菌検査
		男 女	S H	
		男 女	S H	
		男 女	S H	
		男 女	S H	
		男 女	S H	
		男 女	S H	
		男 女	S H	
		男 女	S H	
		男 女	S H	
		男 女	S H	
		男 女	S H	
		男 女	S H	
		男 女	S H	
		男 女	S H	
		男 女	S H	
		男 女	S H	
		男 女	S H	
		男 女	S H	
		男 女	S H	

----- 健康管理センター記入欄 ※事業所様での記入は不要です。 -----

受 付 者