

従業員用

【定期健康診断申込書】

申込み FAX番号 06-6708-2254

医療機関名	病院	
事業所名		
代表者名	担当者名	
住所	〒	
電話・Fax	TEL	Fax
保険証記号		

申込日 年 月 日( )



〒547-0033  
 大阪市平野区平野西5-3-10 松本ビル2F  
 電話 06-6791-2941 Fax 06-6708-2254  
 ホームページ <http://inokura.net/>  
 メール [info@inokura.net](mailto:info@inokura.net)

振込先 リソナ銀行平野支店  
 いのくらネット山岸俊昭  
 普通 0184556

希望検査コース	Aコース( )名	Bコース( )名
---------	----------	----------

No.	保険番号	氏名(フリガナ)	性別	生年月日	コース	自宅住所・電話番号	備考
1			男 女	年 月 日	A B	〒	
2			男 女	年 月 日	A B	〒	
3			男 女	年 月 日	A B	〒	
4			男 女	年 月 日	A B	〒	
5			男 女	年 月 日	A B	〒	

受診希望日	第一希望 月 日( )	第二希望 月 日( )
-------	-------------	-------------

伝言・メモ
-------

\* 申込みにあたっては、いのくらネット事務局と相談の上ご記入ください。受診者数が5人を超える時は、複数枚に記入してください。