

ライフサポートクリニック 健康診断申込書（個人申込用）

◆ 申込先・お問合せ先 ◆
 ライフサポートクリニック 渉外部
 〒332-0002 川口市弥平4-6-24
 電話.048-223-2576
FAX.048-223-2637
<http://www.lifesupport-c.com/>

下記の必要事項をご記入の上、FAXにてお申し込みください。

- ◇ 受診費用は、受診当日に現金でお支払いください。
- ◇ 結果票は、受診日から11営業日で下記【2】の住所に送付となります。
- ◇ 申込書のFAX到着後、確認のお電話をいたします。電話確認の後、正式な予約確定となります。
- ◇ 健康保険組合の補助制度等をご利用の場合は、受診券・健康保険証のコピーも一緒にご返送ください。

【1】受診希望日時と会場をご記入ください。★ご希望の日時が定員に達している場合など、ご希望に沿えない場合もございますので予めご了承ください

希望日	平成	年	月	日 ()	希望 時間帯	:	頃	会場
-----	----	---	---	-------	-----------	---	---	----

【2】受診者の氏名等、必要事項をご記入ください。

カナ氏名	漢字氏名	生年月日	性別
健診コース	追加検査(オプション検査・特殊健診など)		

【3】受診キットや結果票等の送付先となる住所を記入してください。

受診キット・結果等 の送付先住所	〒		日中の連絡先 <small>※平日の昼間に繋がる連絡先 の電話番号をご記入ください</small>	()
---------------------	---	--	--	-----

★健康保険組合の補助制度等をご利用の方のみ下記もご記入ください。

保険者名称 (健保の名称)		保険者番号 (健保の番号)		保険番号 (個人の番号)	
事業所名称 (会社・団体の名称)		保険記号 (会社の番号)		区分 (該当する方に○)	被保険者 被扶養者(家族)