

年 月 日

公益財団法人 SBS静岡健康増進センター宛

健康診断予約表

※出来る範囲でご記入をお願いします

〒422-8033 静岡市駿河区登呂3-1-1

公益財団法人SBS静岡健康増進センター

TEL 054-282-1109

FAX 054-285-1460

団体名			TEL		FAX	
所在地 〒			ご担当者名			
受診コース	雇用時健康診断 安衛則第43条	定期健康診断 安衛則第44条	生活習慣病健診	人間ドック	その他	合計
受診人数	人	人	人	人	人	人
料金精算方法 () 上記団体宛請求 () 請求先別途指定 () 個人払い						

氏名	フリガナ	性別	生年月日	健診コース	オプション	受診希望日	その他要望	決定日・備考	初回受診
			S H . . .						
			S H . . .						
			S H . . .						
			S H . . .						
			S H . . .						
			S H . . .						
			S H . . .						

- ①フリガナは必ずご記入ください。②不明点はお問い合わせください。③わかる範囲でご記入の上、担当宛FAX又はメールで送信ください。
- ④当センター受診が初めての方は「初回受診」欄に○印をお願いします。

