

生活習慣病予防健診・人間ドック 申込書（全額負担）

下記のとおり生活習慣病予防健診を申し込みます。

住所 〒
(所在地)

年 月 日

(一財)日本健康管理協会 山形健康管理センター
〒990-0813 山形市桜町四丁目8-30

氏 名
(事業所名)

TEL (023)664-0351
FAX (023)681-7916

TEL

記号	番号	保険の種類	フリガナ		性別	生年月日	健診の種類 (いずれかを○で囲んで下さい) *記載料金は税込となります					健診の希望日	備考欄
			氏	名			¥18,865	¥28,468	¥38,500	¥55,440	¥62,700		
		社・国 組・共			男・女	大昭平 年 月 日	一 般 健 診	全額付加 (一般含)	人 間 ドック	レディース ドック	プレミアム ドック	年 月 日	
		社・国 組・共			男・女	大昭平 年 月 日	一 般 健 診	全額付加 (一般含)	人 間 ドック	レディース ドック	プレミアム ドック	年 月 日	
		社・国 組・共			男・女	大昭平 年 月 日	一 般 健 診	全額付加 (一般含)	人 間 ドック	レディース ドック	プレミアム ドック	年 月 日	
		社・国 組・共			男・女	大昭平 年 月 日	一 般 健 診	全額付加 (一般含)	人 間 ドック	レディース ドック	プレミアム ドック	年 月 日	
		社・国 組・共			男・女	大昭平 年 月 日	一 般 健 診	全額付加 (一般含)	人 間 ドック	レディース ドック	プレミアム ドック	年 月 日	

複写式ではありませんので、控えとして、コピーをとってから送付して下さい。

◎申込み年月日、氏名、住所等の事項を記入して下さい。

◎健診の種類欄は希望する種類を○で囲んで下さい。

◎健診の希望日欄に希望の年月日を記入して下さい。

*予約状況により希望月に受診できない場合、日程のご相談をさせていただきます。ご了承ください。