

個人様用

健康診断 申込書

申込日	年 月 日	
診察券番号		
フリガナ		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成
氏名	(旧姓)	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
		生年月日 年 月 日 歳
現住所 連絡先	〒 _____ 都・道 府・県 _____ _____ 電話番号 (_____) 携帯番号 (_____)	

月頃希望	希望コース :	個人情報登録後、お電話させていただきます
------	---------	----------------------

多治見市民病院 健康管理センター
TEL 0572-21-3744
FAX 0572-21-6166