

健康診断申込書

令和 年 月 日

会社名	
住所	〒
担当者	
TEL	
FAX	
人数	
希望時期	
項目	雇用時 ・ 定期 (値段確認)
領収書	要 ・ 不要
受け取り方法	来院 ・ 郵送 ※レターパック代 520 円

みつば会総合クリニック

〒545-0052

大阪府大阪市阿倍野区阿倍野筋 1-5-1

あべのルシアス B1F 0107 号室

TEL : 06-6633-3636

FAX : 06-6633-3737