健康診断申込書

令和 年 月 日

会社名	
住所	〒
担当者	
TEL	
FAX	
項目	雇用時 ・ 定期 ・ その他
お支払い方法	現金(当日・受け取り時) ・ 振込 ※振込手数料はご負担願います
受け取り方法	来院 ・ 郵送 ※レターパック代をご負担願います
備考	

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

あべのルシナス B1F 0107 号室

TEL : 06-6633-3636

FAX : 06-6633-3737