FAX:03-3900-3517

赤羽台診療所行

(メール添付の場合)dock@akabanedai-c.com

会社名				
住所	〒			
ご担当者様部署名			ご担当者様名	
連絡先	TEL:	FAX:		MAIL:
結果納品方法	☐ 個別説明納品（個人別） 再来院	☐ ご担当者様来院でのお渡し（結果完成時に連絡いたしま	☐ 郵送納品 実費ご請求￥５２０円／	☐ その他（ ）
ご請求方法	☐ 個別会計（受診時）	☐ まとめて請求書発行(５名以上のお申込み)	☐ その他（ ）	

	氏名	フリガナ	性別	生年月日	健康保険組合名（保険者名）	保険者番号	記号	番号	受診コース	①希望日時	②希望日時	③希望日時	決定日時
例	三不瑠 太郎	サンプル タロウ	男	S.54.8.15	●●●●●健康保険組合	06132500	00000	000000	協会一般付加B（定期）など	●月●日AM	●月●日PM	●月●日AM	
1			☐男 ☐女		健康保険組合					日付を入力して下さい ☐AM ☐PM	日付を入力して下さい ☐AM ☐PM	日付を入力して下さい ☐AM ☐PM	☐AM ☐PM
2			☐男 ☐女		健康保険組合					日付を入力して下さい ☐AM ☐PM	日付を入力して下さい ☐AM ☐PM	日付を入力して下さい ☐AM ☐PM	☐AM ☐PM
3	03-3900-3741		☐男 ☐女		健康保険組合					日付を入力して下さい ☐AM ☐PM	日付を入力して下さい ☐AM ☐PM	日付を入力して下さい ☐AM ☐PM	☐AM ☐PM
4			☐男 ☐女		健康保険組合					日付を入力して下さい ☐AM ☐PM	日付を入力して下さい ☐AM ☐PM	日付を入力して下さい ☐AM ☐PM	☐AM ☐PM
5			☐男 ☐女		健康保険組合					日付を入力して下さい ☐AM ☐PM	日付を入力して下さい ☐AM ☐PM	日付を入力して下さい ☐AM ☐PM	☐AM ☐PM