

健康診断FAX専用ご連絡票

御社名

御連絡先

御担当者様

様

月日	時間	名前	生年月日	性別	コース
/	:	フリガナ	S H	男・女	
/	:	フリガナ	S H	男・女	
/	:	フリガナ	S H	男・女	
/	:	フリガナ	S H	男・女	
/	:	フリガナ	S H	男・女	
/	:	フリガナ	S H	男・女	
/	:	フリガナ	S H	男・女	
/	:	フリガナ	S H	男・女	
/	:	フリガナ	S H	男・女	
/	:	フリガナ	S H	男・女	

専用FAX 0143-85-1729

医療法人 登別すずらん病院
〒059-0027 登別市青葉町34-9
TEL 0143-85-1000 健診担当 宛