

# 健康診断FAX専用ご連絡票

御社名 \_\_\_\_\_

御住所 \_\_\_\_\_

御連絡先 \_\_\_\_\_

御担当者様 \_\_\_\_\_

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