

※名簿送付先 F A X 番号 03-5974-7204 (豊島健康診査センター 宛)

## フレンドリー 健康診断・自費検査 申込者 名簿 (記入見本)

事業所名 株式会社 フレンドリー

電話番号 03-3980-3133

住 所 豊島区東池袋1-20-15 プラザビル6階

F A X 番号 03-3971-3163

担当者名 豊 島 愛 子

健診料のお支払い方法をお決め下さい。 1 窓口現金払い 2 銀行振込

支払方法 1 の場合の領収書宛名 1 事業所名 2 受診者名

健診料の支払方法及び領収書の宛名等を選んで番号に○を付けてください。

NO	受診日	受診時間	サービスセンター 会員番号	フリガナ 氏 名	性別	生年月日 S:昭和 H:平成	受診項目	自費検査項目 (オプション名)
1	△月△日	××時	○○○○○○○○○○	トシマ タロウ 豊島 太郎	男	S ××年×月×日 H	A C	大腸癌検査
2	△月△日	××時	○○○○○○○○○○	トシマ アイコ 豊島 愛子	女	S ○○年○月○日 H	A C	乳房X線検査
3	受診日、受診時間はお客様と豊島健康診査センターとで相談のうえ決定します。まずは、下記電話番号へお問い合わせください。		氏名欄にはフリガナを必ずご記入ください。			S又はHのどちらか該当に○をしてください。	A C	自費検査を受診する場合は、この欄に受診希望項目をご記入ください。
4			会員番号は必ずご記入ください。不明な場合はサービスセンターへお問い合わせください。			S		
5			※会員番号の記入がありませんと会員料金での受診が出来ませんのでご注意ください。			H		
6						S		
						H	A C	
10						S		
						H	A C	

※健康診断の受診日時は、必ず事前にお電話(03-5974-7205)でご相談、ご予約ください。

※自費検査(オプション)の受診日時も同様に事前にお電話でご相談ください。

※名簿送付先 F A X 番号 03-5974-7204 (豊島健康診査センター 宛)  
**フレンドリー 健康診断・自費検査 申込者 名簿**

事業所名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

F A X 番号 \_\_\_\_\_

担当者名 \_\_\_\_\_

健診料のお支払い方法をお決め下さい。 1 窓口現金払い 2 銀行振込

支払方法 1 の場合の領収書宛名 1 事業所名 2 受診者名

NO	受診日	受診時間	サービスセンター 会員番号	フリガナ 氏名	性別	生年月日		受診項目	自費検査項目 (オプション名)
						S:昭和	H:平成		
1						S		A C	
						H			
2						S		A C	
						H			
3						S		A C	
						H			
4						S		A C	
						H			
5						S		A C	
						H			
6						S		A C	
						H			
7						S		A C	
						H			
8						S		A C	
						H			
9						S		A C	
						H			
10						S		A C	
						H			
11						S		A C	
						H			
12						S		A C	
						H			
13						S		A C	
						H			
14						S		A C	
						H			
15						S		A C	
						H			

※健康診断の受診日時は、必ず事前にお電話 (03-5974-7205) でご相談、ご予約ください。

※自費検査 (オプション) の受診日時も同様に事前にお電話でご相談ください。