健診予約票 FAX

新潟県柏崎市駅前2-2-3

駅前クリニック前畑医院

TEL: 025 7-32-1 7 0 0

FAX: 0257-32-1702 行

送信会社名: 住所: TEL: FAX:

月/日	・時間帯	名前	(ふりがな)	性別	生年月日(和暦)	電離健診	石綿	一般健診内容		請求会社名	用紙 有・無	備考:特化物など		
/	АМ•РМ			男·女	S·H / /	電離	石綿	採血 あり	採血 なし	レントゲン (XP)	心電図		有·無	
/	АМ•РМ			男·女	S·H / /	電離	石綿	採血 あり	採血 なし	レントゲン (XP)	心電図		有·無	
/	AM·PM			男·女	S·H / /	電離	石綿	採血 あり	採血 なし	レントゲン (XP)	心電図		有·無	
/	AM·PM			男·女	S·H / /	電離	石綿	採血 あり	採血 なし	レントゲン (XP)	心電図		有·無	
/	АМ•РМ			男·女	S·H / /	電離	石綿	採血 あり	採血 なし	レントゲン (XP)	心電図		有·無	
/	АМ•РМ			男·女	S·H / /	電離	石綿	採血 あり	採血 なし	レントゲン (XP)	心電図		有·無	

ご予約は木・土・日(祝)を除いた健診希望日4日前の8:00~17:00の間に、こちらの用紙を記入しFAXにて送信してください。 令和5年4月より健診の費用は振込にてお支払いに変更となりました。 現金支払い希望の方は当院へ電話にてご相談ください。

請求書送付先住所(送信会社と異なる場合はご記入下さい)						
T						

健診当日の受付(来院)時間

平日: 【午前】8:30~11:00 / 【午後】15:00~16:00

土曜:【午前のみ】8:30~11:00