

## 健康診断申込書

申込日	年 月 日
フリガナ	
氏名	
診察券番号 (お持ちの方のみ)	
生年月日	年 月 日
性別	
住所	〒
電話番号	
受診希望日	年 月 日
検査項目	
その他	

\*内容を確認し、こちらからご連絡をいたします。

\*項目によってはお受けできない場合や結果に日数を要するものがあります。あらかじめご了承ください。

申込先

FAX 048-462-1268

国立病院機構埼玉病院 健康診断受付