

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	大正・昭和・平成 年 月 日
性 別	
住 所	〒
連絡先	(自宅・携帯)
受診希望日	年 月 日
検査項目	所定の様式をお持ちの方は必ずFAXにてお送りください。
その他	

※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