市立島田市民病院　健診申込書（被保険者 35 歳未満専用）

以下の内容に必要事項を記入して下記まで FAX 送信してください。

市立島田市民病院　健診センター　行き（FAX：0547－35－1608）

貴事業所名　：　　貴担当者様名　：

貴事業所電話番号　：　　貴事業所 FAX 番号　：

ﾌﾘｶﾞﾅ 氏　名	性別	生年月日	希望する健診 〇を付ける	希望月日
	男 女		定期健康診断 協会けんぽに準ずる健診	令和　年　月　日
	男 女		定期健康診断 協会けんぽに準ずる健診	令和　年　月　日
	男 女		定期健康診断 協会けんぽに準ずる健診	令和　年　月　日
	男 女		定期健康診断 協会けんぽに準ずる健診	令和　年　月　日
	男 女		定期健康診断 協会けんぽに準ずる健診	令和　年　月　日
	男 女		定期健康診断 協会けんぽに準ずる健診	令和　年　月　日
	男 女		定期健康診断 協会けんぽに準ずる健診	令和　年　月　日