

単独脳ドック申込書・受診者名簿

軽井沢町国民健康保険 軽井沢病院 健康管理部

〒389-0111 長野県北佐久郡軽井沢町大字長倉2375-1 予約専用TEL：0267-46-8470

予約連絡後、下記太枠の中をご記入しコピーをご郵送ください。原本は企業様で保管ください。※個人情報を含むためFAXはご遠慮ください。

◆企業様情報

前回実施	なし ・ あり → [年 月]	記入日	年 月 日
企業名	担当者 様	電話番号	— —
住所	〒 -	FAX	— —

◆書類の送付先・請求書の送付先 ※上記の企業様情報以外の場合のみ記入

書類の送付先	企業名	担当者 様	住所 〒 -
請求書送付先	企業名	担当者 様	住所 〒 -

◆受診者名簿 ※ご案内書類は個人宛に郵送いたします。なお、深夜健診については事業所宛に郵送いたします。

受診日	氏名	フリガナ	生年月日(西暦)	年齢	性別	郵便番号	住所	病院ID
月 日 []								
月 日 []								
月 日 []								
月 日 []								
月 日 []								
月 日 []								
月 日 []								
月 日 []								
月 日 []								
月 日 []								
月 日 []								
月 日 []								
月 日 []								
月 日 []								
月 日 []								

健診コースNo. 650 単独脳ドック

※申込書・受診者名簿の郵送で申込完了となります。ご案内書類は、申込書が届いてから2~3週間後に個人宛に郵送いたします。

【病院記載欄】	申込受付日 /	受診日決定	受診日決定連絡 /	システム登録	□登録済み /
---------	---------	-------	-----------	--------	---------