大阪中央病院　健康管理センター　担当　　宛　（FAX　06－4795－5501）　　年　　月　　日

＜電話ご予約済みの確認用＞　健康診断申し込み用紙（ボールペンでご記入ください）

（健康保険組合・事業所と関係なく個人でお申し込みの方は、この欄の記入は不要です）

会社・事業所名	健康保険組合名	ご担当者名	お電話番号
			―　　―

（注）オプション検査は、前回受診時と同じでも必ずご記入ください（例えば、胃カメラ　など）

お名前（ふりがな）	日中ご連絡のできるお電話番号	問診票の送付先	（自宅・勤務先）
（　　）	―　　―	〒　　-	
昭・平　年　月　日生　男・女	オプション検査	健診結果の送付先	（自宅・勤務先）
コース名		〒　　-	
受診日時　月　日（　曜日）　時　分			

お名前（ふりがな）	日中ご連絡のできるお電話番号	問診票の送付先	（自宅・勤務先）
（　　）	―　　―	〒　　-	
昭・平　年　月　日生　男・女	オプション検査	健診結果の送付先	（自宅・勤務先）
コース名		〒　　-	
受診日時　月　日（　曜日）　時　分			

お名前（ふりがな）	日中ご連絡のできるお電話番号	問診票の送付先	（自宅・勤務先）
（　　）	―　　―	〒　　-	
昭・平　年　月　日生　男・女	オプション検査	健診結果の送付先	（自宅・勤務先）
コース名		〒　　-	
受診日時　月　日（　曜日）　時　分			