

令和6年度  
(個人)

半日ドック・成人病健診  
健康健診 申込書

※会社を通さない・補助や助成等を受けない方

大崎市民病院健康管理センター 宛

FAX : 0 2 2 9 - 2 3 - 3 4 7 2

Email : kenshin-yoyaku@h-osaki.jp

| 連絡先記入欄 |   |
|--------|---|
| 郵便番号   | 〒 |
| 住所     |   |
| 電話番号   |   |
| FAX番号  |   |

| 氏名 | フリガナ | ID<br>(記入不要) | 性別     | 生年月日              | 年度年齢<br>令和7年3月<br>31日現在 | 健診コース | 健診<br>希望日 | 予約時間<br>(記入不要) | 備考<br>(オプション,<br>一部キャンセル他) |
|----|------|--------------|--------|-------------------|-------------------------|-------|-----------|----------------|----------------------------|
|    |      |              | 男<br>女 | 昭和<br>平成<br>年 月 日 | 歳                       |       | 月 日       |                |                            |
|    |      |              | 男<br>女 | 昭和<br>平成<br>年 月 日 | 歳                       |       | 月 日       |                |                            |
|    |      |              | 男<br>女 | 昭和<br>平成<br>年 月 日 | 歳                       |       | 月 日       |                |                            |

以下、健康管理センター記入欄