

# 【その他】伊勢病院専用申込書

【伊勢病院専用】  
FAX: 0596-23-9035

フリガナ 氏名	性別	生年月日	住所	電話番号 (携帯電話)	希望 健診コース	その他 (希望時期、オプション追加等)
			〒			
			〒			
			〒			
			〒			
			〒			
			〒			
			〒			

★申し込み手順

本申込書にご記入の上、当院までFAXまたはメールにてお送りください。 ➡ お申込み順で調整のうえ、一週間以内にご連絡をさせていただきます。

【F A X】:0596-23-9035

【メール】:hos-kensin@city.ise.mie.jp

◆ご連絡先		◆健診料金(自己負担金)のお支払い方法	◆備考
事業所所在地		当日窓口支払 ・ 会社請求 <small>(過去に受診歴のある団体のみ選択可)</small>	
事業所名称			
担当者名		上記のどちらかに○をつけてください。	
電話番号		※当日医師判断で眼底検査が追加になった場合、 料金(79円)は窓口でのお支払いになります。	
FAX番号			