

【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又はメールで送信してください。 ➡ 申込受付順で調整のうえ、基本的には一週間程度で連絡させていただきます。
【FAX】: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	
事業所名称		上記のどちらかを○で囲ってください。	
担当者名		※ 当日医師判断で眼底検査が追加になった場合、 料金(79円)は窓口支払いになります。	
電話番号		※ 窓口支払と会社請求の併用はできませんので ご了承願います。(受診者別やオプション料金など)	
FAX番号			