

松本市医師会医療センター 定期健康診断・生活習慣病予防健診申込書

(ふりがな)	
事業所名	
住所 (ビル名まで)	〒
連絡先	電話 F A X
(ふりがな)	
ご担当者名	様
保険者名 (健保名)	

※労働安全衛生法の健康診断は定期健康診断の日程表からお選び下さい
 ※胃部X線(バリウム)ご希望の場合は、生活習慣病予防健診の日程からお選び下さい。

※お名前・性別・生年月日・年齢・保険証情報(記号-番号、区分)
 健診希望日・検査会場をご記入下さい。

※検査項目に名称がある場合はコース欄にご記入下さい。

※検査項目が受診者により異なる場合は備考欄に検査項目をご記入下さい

※ご記入が済みましたら、当医療センターまでご送付下さい。
 日程確認の後、当方よりご連絡いたします。

ふりがな お名前	性別	生年月日	年齢	保険証	区分	健診希望日	検査会場	コース	備考
	男	T S H		記号 - 番号	本人	/ ()	本館		
	女	. .		-	家族	午前・午後	南分室		
	男	T S H		記号 - 番号	本人	/ ()	本館		
	女	. .		-	家族	午前・午後	南分室		
	男	T S H		記号 - 番号	本人	/ ()	本館		
	女	. .		-	家族	午前・午後	南分室		
	男	T S H		記号 - 番号	本人	/ ()	本館		
	女	. .		-	家族	午前・午後	南分室		
	男	T S H		記号 - 番号	本人	/ ()	本館		
	女	. .		-	家族	午前・午後	南分室		

お問い合わせ：松本市医師会医療センター 〒390-0875 松本市城西2-2-7 TEL(0263)35-4997 FAX(0263)36-6309 担当 羽田・塩入