

代表理事	業務執行理事	事務局長	健診課長	担当

・下記申込みを受理し、健康診断を実施してよろしいか伺います。

健康診断申込書

申込日 平成 年 月 日

公益財団法人 高崎・地域医療センター
代表理事 有賀長規様

公益財団法人 高崎・地域医療センターで健康診断を受けたいので申し込みます。

事業所名 _____

住所 _____ 担当者 _____

代表者名 _____ 印 電話 _____ ()

実施日	平成 年 月 日 ()	備考 *請求先、結果郵送先が異なる場合は下記にご記入下さい。
	平成 年 月 日 ()	
受付時間	午後 1 時 ~ 午後 1 時 30分	
健 診 項 目		
人 数		
一 般 健 診		
生活習慣病 (35歳、40歳以上)	血液検査	
	心電図検査	
その他		