

申込みFAX番号 0237-55-2444 (村山法人会行)

## 健診予約申込書

		申込み日	年 月 日
事業所名		担当者名	
住所 〒		TEL	
		FAX	

フリガナ		性別	生年月日
受診者名		男 ・ 女	S・H
			年 月 日
自宅住所	〒		
電話番号		所属法人会名	法人会

申込みコース ( <input type="checkbox"/> にチェックを入れてください )			
<input type="checkbox"/> A	脳健診 MRI	<input type="checkbox"/> C	簡易脳ドック
<input type="checkbox"/> B	脳血管健診 ( 頸部MRA )	<input type="checkbox"/> D	脳ドック
<input type="checkbox"/> オプション	LOX-index ロックスインデックス		

受診希望日			
第一希望		第二希望	
平成	年 月 日 曜日	平成	年 月 日 曜日

- \* 複数の申し込みの場合には申込書をコピーして下さいますようお願いいたします。
- \* 「個人情報の取扱いについて」お申込時にお預かりした個人情報につきましては、本事業運営のために検査機関に提供します。必ず、受診される方が同意の上、お申込みくださいますようお願いいたします。それ以外の目的で利用することはありません。

公益社団法人 村山法人会 (一般社団法人山形県法人会連合会委嘱)

〒995-0035 山形県村山市中央一丁目3-5

TEL 0237-55-2555 ・ FAX 0237-55-2444