

京都きづ川病院 人間ドック・受診申込書

企業番号		企業名			健 担 当 者					
所在地	〒									
TEL				FAX						
個人番号	氏名(フリガナ)	続柄	生年月日	コース (ご希望を○で囲んでください)	受診希望日					
			, , ,	半日ドック ・ 脳 ・ 両方	, , ,					
			, , ,	半日ドック ・ 脳 ・ 両方	, , ,					
			, , ,	半日ドック ・ 脳 ・ 両方	, , ,					
			, , ,	半日ドック ・ 脳 ・ 両方	, , ,					
●対象: 受診できる方は会員ご本人とその配偶者の方です。 ●申込方法: 受診希望の方は上記ご記入いただき、KPCまでお送りください。KPCで認証後医療機関に申請します。				お申込日 年 月 日 *事務局処理欄 <table border="1"> <tr> <td>担当印</td> <td>No.</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>			担当印	No.		
担当印	No.									
医療法人啓信会 京都きづ川病院 〒610-0101 城陽市平川西六反 26-1 TEL&FAX 0774-54-1116										