事業所様用FAX専用用紙

		団体名 住所※	※初回は住所の記入もお願いいたします			申し込み日		令和　　年　　月　　日			
		ご担当者様名				連絡先		ＴＥＬ：　　－　　－ ＦＡＸ：　　－　　－			
氏名	生年月日	希望コース	保険者番号	保険証の記号・番号	希望オプション検査	胃カメラ		子宮がん	乳がん	年齢	請求 ※どちらかに〇
						経口	経鼻				
											個人払い・会社請求 ※初回は個人払い
											個人払い・会社請求 ※初回は個人払い
											個人払い・会社請求 ※初回は個人払い
											個人払い・会社請求 ※初回は個人払い
											個人払い・会社請求 ※初回は個人払い
											個人払い・会社請求 ※初回は個人払い
											個人払い・会社請求 ※初回は個人払い
											個人払い・会社請求 ※初回は個人払い
											個人払い・会社請求 ※初回は個人払い
											個人払い・会社請求 ※初回は個人払い
											個人払い・会社請求 ※初回は個人払い
											個人払い・会社請求 ※初回は個人払い
											個人払い・会社請求 ※初回は個人払い
											個人払い・会社請求 ※初回は個人払い

福井勝山総合病院　健康管理センター
FAX:0779-88-8167