

午後健診申込書

(ご家族限定)

- 受診希望の7営業日前まで申込み可能ですが、先着順につきご希望にそえない場合もございますのでご了承ください。

[必要事項] もれなく記入ください

保険証の記号・番号	記号	番号
フリガナ		
氏名		
住所	〒	-
生年月日	昭和・平成	年 月 日
電話番号 (日中に連絡取れる)		(自宅・携帯) ※定員に限りがあるため、日程調整の連絡をする場合があります

- 実施期間：令和5年9月20日(水)～令和5年12月20日(水)
- 健診日：月・水・木曜日(祝日除く)

第一希望日	月	日	曜日
第二希望日	月	日	曜日
第三希望日	月	日	曜日

〒542-0061 大阪市中央区安堂寺町2-4-14 文健会館5階
関西文紙情報産業健康保険組合 健康管理室

FAX番号 06-6765-9216

この申込書をFAXまたは郵送してください