

様式②日割(日時を自由に記入できます)

★健康診断実施予定表★

事業所名 _____

月日	時間	フリガナ お名前	性別	生年月日	年齢	セット	オプション (番号記入)	月日	時間	フリガナ お名前	性別	生年月日	年齢	セット	オプション (番号記入)
/	:		男・女	S・H .				/	:		男・女	S・H .			
/	:		男・女	S・H .				/	:		男・女	S・H .			
/	:		男・女	S・H .				/	:		男・女	S・H .			
/	:		男・女	S・H .				/	:		男・女	S・H .			
/	:		男・女	S・H .				/	:		男・女	S・H .			
/	:		男・女	S・H .				/	:		男・女	S・H .			
/	:		男・女	S・H .				/	:		男・女	S・H .			
/	:		男・女	S・H .				/	:		男・女	S・H .			
/	:		男・女	S・H .				/	:		男・女	S・H .			

・午前は9:00/9:30/10:00/10:30/11:00/11:30/12:00 午後は15:00/15:30/16:00/16:30/17:00/17:30にてご予約下さい。

・Dセット(胃内視鏡付)は1日2件まで9:00/10:30でお受けします。

・**火曜午後**は診察の都合上お受けできません。木・日・祝・土曜午後は休診です。

・午前受診の方は朝食・午後受診の方は昼食を食べないで下さい。(Aセットの方はお食事の制限はありません)

・変更がありましたら、クリニックまでご連絡ください。(TEL:03-3498-6662、FAX:03-3498-6050)