

【2023年度 健診予約名簿】

送信先FAX番号：098-860-6696

お申込事業所名：

お申込日：

所在地(ご住所)：

保険者名：

保険者番号：

保険証記号：

ご連絡先： TEL

FAX

ご担当者名：

【記入時の注意事項】

- 項目は全て記入してください（健保未加入の方は「未加入」と記載してください）  
 健保の加入、未加入は必ず確認をお願い致します  
 （健保補助の健診は、受診当日に加入者でない場合、全額事業所様負担となる場合もありますのでご注意ください）
- 希望日は複数日記入いただけますと予約がスムーズです

一般社団法人 那覇市医師会  
 生活習慣病検診センター  
 ご予約 TEL：860-3017  
 FAX：860-6696

	保険証 番号	氏名	フリガナ	生年月日	性別	コース	オプション	希望日①	時間帯	希望日②	時間帯
例	100	医師会 太郎	イシカイ タロウ	S57.8.28	男	法定健診	PSA検査	4/1	AM	4/10	PM
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											

【2023年度 健診予約名簿】

送信先FAX番号：098-860-6696

保険証 番号	氏名	フリガナ	生年月日	性別	コース	オプション	希望日①	時間帯	希望日②	時間帯
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										
21										
22										
23										
24										
25										
26										
27										
28										
29										
30										