

FAX専用受診申込書(個人用)

FAX番号：045-321-8881

健診カレンダーをご確認の上お申し込みください。

※は必須事項ですので記入漏れの無いようお願いいたします。

第一希望日 ※	年 月 日
第二希望日 ※	年 月 日
コース ※	
ご加入されている健康保険組合名 ※	
保険証記号番号 ※	記号 - 番号
保険者番号 ※	
本人・家族区分 ※	本人 ・ 家族
ご勤務先会社名 ※	
ご氏名 ※	
ご氏名(フリガナ) ※	
生年月日 ※	S・H 年 月 日
性別 ※	男 ・ 女
ご住所 ※	〒 -
メールアドレス ※	@
ご連絡先電話番号 ※	(勤務先 ・ 自宅 ・ 携帯番号)
お電話の繋がりやすい時間帯 ※	いつでも可 ・ 時から 時まで
当院での受診歴 ※	あり ・ なし ・ 不明
当院を選ばれた理由 ※	契約団体の提携施設 ・ インターネット検索 知人の紹介 ・ その他()
ご希望・ご質問	

医療法人財団コンフォート コンフォート横浜健診センター

〒220-0023 横浜市西区平沼2丁目8番25号

<https://www.comfort.or.jp/>