健康診断受診日　**※希望日の選択は、表①、②、③の期間からそれぞれ一日ずつ選択して下さい。**

①				②				③			
12月1日	水	12月9日	木	12月16日	木	1月7日	金	1月17日	月	1月25日	火
12月2日	木	12月10日	金	12月17日	金	1月11日	火	1月18日	火	1月26日	水
12月3日	金	12月13日	月	12月20日	月	1月12日	水	1月19日	水	1月27日	木
12月6日	月	12月14日	火	12月21日	火	1月13日	木	1月20日	木	1月28日	金
12月7日	火	12月15日	水	12月22日	水	1月14日	金	1月21日	金	1月31日	月
12月8日	水			1月6日	木			1月24日	月		

☆受付は１０時３０分からですので時間厳守でお願いします☆

記入例

フリガナ	ア イ チ　ハ ナ コ			性　別	男 ・ ◯			
受診者名	愛 知 花 子			生年月日	S５７年　９月　１０日生（　２８才）			
第一希望日			第二希望日			第三希望日		
③	1/20（木）	10：30	①	12/2（木）	10：30	②	1/7（金）	10：30

健 康 診 断 申 込 書　***※申込期限は１０月２０日まで！！***

☆☆ご希望の支払方法↓を〇で囲んで下さい（必須）☆☆

検査料支払方法　〔　**振　込　・　中日病院での窓口支払**　〕

事務所名　〔　　〕

事務所住所　〔　　〕

〔 TEL：　　FAX：　　〕

フリガナ			性　別	男 ・ 女				
受診者名			生年月日	年　月　日生（　才）				
第一希望日			第二希望日			第三希望日		
		10：30			10：30			10：30
フリガナ			性　別	男 ・ 女				
受診者名			生年月日	年　月　日生（　才）				
第一希望日			第二希望日			第三希望日		
		10：30			10：30			10：30
フリガナ			性　別	男 ・ 女				
受診者名			生年月日	年　月　日生（　才）				
第一希望日			第二希望日			第三希望日		
		10：30			10：30			10：30

※表①、②、③の期間からは、それぞれ一日ずつしか選択できません。同一期間から希望日を二日以上選択されますと、希望日に添えなくなります。　**弁護士会 財務係（ＦＡＸ　２０４－１６９０）**