


会社名：
ご担当者：

健診予約者名簿

 健診コースに含まれていない検査項目は、オプションとして追加できますのでご記入ください。（オプション追加料金がかかります。）

	受診者氏名	フリガナ	性別	生年月日	年齢	受診希望日	時間帯	健診コース	検査希望項目 オプション	金額
例)	十勝 太郎	十勝 タロウ	男・女	S50.10.10	37	5/5	14:00	A・ B ・C	頸動脈エコー	3,300
1			男・女			/	:	A・B・C		
2			男・女			/	:	A・B・C		
3			男・女			/	:	A・B・C		
4			男・女			/	:	A・B・C		
5			男・女			/	:	A・B・C		
6			男・女			/	:	A・B・C		
7			男・女			/	:	A・B・C		
8			男・女			/	:	A・B・C		
9			男・女			/	:	A・B・C		
10			男・女			/	:	A・B・C		
11			男・女			/	:	A・B・C		
12			男・女			/	:	A・B・C		
13			男・女			/	:	A・B・C		
14			男・女			/	:	A・B・C		
15			男・女			/	:	A・B・C		
									合計金額：	

十勝ヘルスケアクリニック 

F A X : 0155-58-3314

T E L : 0155-58-3311