受　付　票

この「受付票」は、健康診断の受付の際にご提出ください。
住所など記載が無い、もしくは変更された場合はお手数ですが、
ご記入修正をお願いいたします。 受診日に必ずご持参ください。

フリガナ	
氏　名	様　※3年以内に氏名が変わられた方は旧氏名をご記入ください（　　）
生　年　月　日	年　　月　　日
自　宅　住　所	〒
電　話　番　号	
保　険　証	記号　　番号
保険者名称	
保険者番号	

松本市医師会検査健診センター
代　表　　花　岡　　徹　　殿

私は別紙『個人情報の取扱いに関する同意について』のとおり
個人情報を取扱うことに同意します。

年　　月　　日

本人署名