

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。

受診日：

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	
自宅住所	〒
連絡先	携帯電話 (固定電話)
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 _____