

令和 5 年 8 月吉日

受診医療機関各位

健康診断申込書ご記入についてお願い

平素は、当センターをご利用いただきありがとうございます。

令和 5 年度医師国保健康診断のお申込みにあたり別紙の記入例を参考にいただき申込書をご記入ください。

氏名等ご記入いただき、ご希望されるオプション項目に『○』をお願いします。

オプション検査につきましては、別紙【オプション検査】をご参照ください。

市検診を併せてお申込みされる場合は、確認事項がございますので、希望者ご本人より病院へ直接連絡をお願いします。

申込内容に際しご不明な点がございましたら当院までご連絡をお願いします。

ご精算方法について

ご精算方法については、該当する項目に『○』をつけてください。

なお医院様ご請求の場合、振込手数料は貴院のご負担となりますのでご了承ください。

ご記載いただきました申込用紙は、令和 5 年 9 月 15 日までに下記宛先へメールまたは FAX をお願いいたします。

【お問合せ先】

社会福祉法人^{恩賜}財団^{財団}済生会滋賀県病院 健診センター

TEL 077-552-9806 (直通)

FAX 077-552-5736 (直通)

メールアドレス kensin@saiseikai-shiga.jp

お問合せ時間 9 時～16 時