

会社名			
住所	〒		
ご担当者様部署名			ご担当者様名
連絡先	TEL:	FAX:	MAIL:
結果納品方法	<input type="checkbox"/> 個別説明納品 (個人別) 再来院 <input type="checkbox"/> ご担当者様来院でのお渡し (結果完成時に連絡いたしま <input type="checkbox"/> 郵送納品 実費ご請求 ¥ 5 2 0 円 / <input type="checkbox"/> その他 ( )		
ご請求方法	<input type="checkbox"/> 個別会計 (受診時) <input type="checkbox"/> まとめて請求書発行 (5 名以上のお申込み) <input type="checkbox"/> その他 ( )		

	氏名	フリガナ	性別	生年月日	健康保険組合名 (保険者名)	保険者番号	記号	番号	受診コース	① 希望日時	② 希望日時	③ 希望日時	決定日時
例	三不瑠 太郎	サンプル タロウ	男	S.54.8.15	●●●●● 健康保険組合	06132500	00000	000000	協会一般 付加 B (定期) など	●月●日 AM	●月●日 PM	●月●日 AM	
1			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		健康保険組合					日付を入力して下さい <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	日付を入力して下さい <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	日付を入力して下さい <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM
2			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		健康保険組合					日付を入力して下さい <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	日付を入力して下さい <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	日付を入力して下さい <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM
3			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		健康保険組合					日付を入力して下さい <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	日付を入力して下さい <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	日付を入力して下さい <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM
4			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		健康保険組合					日付を入力して下さい <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	日付を入力して下さい <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	日付を入力して下さい <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM
5			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		健康保険組合					日付を入力して下さい <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	日付を入力して下さい <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	日付を入力して下さい <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM

