

健康診断申込書

Application for Health Examination

受診日 Date of Exam.	第1希望 First Choice 第2希望 Second Choice	年 月 日 年 月 日	決定 confirmed 年 月 日
希望健康診断コース Course	標準検査 Standard A B C D E	特別検査 Option 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11	
氏名 Name	ローマ字 Romaji	姓 Family Name 名 First name	年齢 Age 生年月日 Date of Birth 年 月 日 Year Month Day
	漢字 Japanese	姓 Family Name 名 First name	性別 Sex 男 M 女 F 日本人会会員番号 Membership No.
携帯電話番号 Mobile phone number			お子様の場合、 保護者の名前 Guardian's name
日本側企業名 Name of Co. in Japan			
現地企業名 Name of Co. in Philippines			
事業所所在地 Address of Co.	TEL: FAX:		
ご自宅住所 Home Address	TEL: FAX:		
検査報告書 送り先 Medical Report to be sent to:	<input type="checkbox"/> 現地事業所 Company <input type="checkbox"/> 自宅 Home <input type="checkbox"/> その他 Others <input type="checkbox"/> 診療所に取りに来る Pick Up		
支払い方法 Payment * 会社請求による 支払い方法は、 マニラ日本人会の 法人会員に限られ ますので、ご留意 下さい。	<input type="checkbox"/> 費用全額会社請求 Company payment ・請求先担当部署 (Attention to:) <input type="checkbox"/> 会社請求と費用一部個人払いあり Company & Individual payment ・会社請求する項目 () ・当日個人払いの項目 () <input type="checkbox"/> 費用全額個人窓口払い Individual payment <input type="checkbox"/> ヘルスケアプログラム/プレステージ Prestige International		