受診希望医療機関名

行	申込日　　月　　日

八街市特定健康診査（個別健診）　FAX予約票

受診希望日時	第1希望	令和　　年　　月　　日（時間　　）
	第2希望	令和　　年　　月　　日（時間　　）
	第3希望	令和　　年　　月　　日（時間　　）
ふりがな 氏　　名		
生年月日	昭和　　年　　月　　日（　　歳）	
電話番号	―　　―	
連絡の取りやすい時間	記入例：平日13時～15時　土日はいつでも	

FAX送信後、後日医療機関から電話があります。

打ち合わせ後、予約が完了します。

※電話でご予約された方も、予約した健診日時を忘れないよう記録（メモ）としてご使用ください。