

FAX:076-251-8794 期限：4月19日（金）

地域医療機構金沢病院 健康管理センター 行き

【健康診断申込書】

令和6年 月 日

事業所名			
事業所住所			
電話番号		FAX番号	
担当者氏名			

健診内容	人数	総計
生活習慣病	人	人
定期健診B	人	
特殊健診	人	

地域医療機構金沢病院 健康管理センター

〒920-0013 金沢市沖町ハ15

TEL:076-251-1113

FAX:076-251-8794