FAX
06-6474-0691

歯科特殊健診(産業健診)申込書

お申込日　　年　　月　　日

医療法人博悠会 名取病院　歯科口腔外科
〒555-0043 大阪市西淀川区大野2丁目1番32号
電話番号：06-6474-0180

企業名		担当者(氏名)	
□前回と同じ　□ご利用が初めての場合 ➡ 請求書(領収書)送付先	〒　　－		□所在地と同じ
所在地	〒　　－		
連絡先	電話：	FAX：	

◆受信希望者一覧

No.	氏名（カナ） 氏名（漢字）	生年月日 受診希望日	年齢
1		年　月　日	歳
		年　月　日　11時・14時	
2		年　月　日	歳
		年　月　日　11時・14時	
3		年　月　日	歳
		年　月　日　11時・14時	
4		年　月　日	歳
		年　月　日　11時・14時	
5		年　月　日	歳
		年　月　日　11時・14時	
6		年　月　日	歳
		年　月　日　11時・14時	
7		年　月　日	歳
		年　月　日　11時・14時	
8		年　月　日	歳
		年　月　日　11時・14時	
9		年　月　日	歳
		年　月　日　11時・14時	
10		年　月　日	歳
		年　月　日　11時・14時	
11		年　月　日	歳
		年　月　日　11時・14時	
12		年　月　日	歳
		年　月　日　11時・14時	
13		年　月　日	歳
		年　月　日　11時・14時	

診療時間のご案内

診療時間	月	火	水	木	金	土
11時	●	●	●	●	●	×
14時	●	●	●	●	●	×

- 当科は予約制となっております
- 午前は11時、午後は14時の時間帯でお願いします
- 状況によっては、30分以上お待ちいただく事がありますので、予めご了承下さい

※土曜日はやっておりません