一般健康診断 FAXお申し込み用紙

FAX 03-5567-1389

下記、必要事項を記載の上、本用紙を上記のFAX番号までお送りください。

検査希望日 必須	年　　月　　日

検査希望コース 必須	□ Aコース　□ Bコース

お客様情報	お名前 必須	姓:　名:
	フリガナ 必須	セイ:　メイ:
	性別 必須	□ 男　□ 女
	生年月日 必須	西暦:　年　月　日
	住所 必須	〒
	電話番号 必須	※日中つながる番号にてお願いいたします。
	メールアドレス 必須	

社会医療法人社団 正志会
花と森の東京病院
FLOWERS & FOREST TOKYO HOSPITAL
日本医科大学関連医療・研修施設　救急指定：東京都指定２次救急医療機関

TEL 03-5567-1332　FAX 03-5567-1389
〒114-0024 東京都北区西ヶ原2-3-6
受付時間／午前8:30～11:30　午後1:30～4:30　**休診日**／土曜午後・日曜・祝日（急患対応あり）

Copyright © Flowers & Forest Tokyo Hospital, All Rights Reserved.