

身体検査申込書

受診科 健診

受診日 年 月 日

ID	
ふりがな	性別 男 / 女
氏名	
※英文診断書をご希望する場合は、ローマ字（大文字）で記載してください。	生年月日 西暦 年 月 日
〒	
ふりがな	
住所	
※英文診断書をご希望する場合は、ローマ字（大文字）で記載してください。	
出身地 （ベルギー渡航のみ）	
※検査結果・記載内容等の確認が必要な場合のご連絡先	
携帯電話	一般電話
病院名を名乗ってよい / 個人名での連絡希望（病院名を名乗らない）	

	当院	持参
和文		
英文		
受領		

受領希望日	月	日
医師確認	月	日

身体検査申込書 <記入見本>

受診科 健診

受診日

年

月

日

ID 123456789

ふりがな ニッセキ タロウ

氏名 日赤 太郎

性別 男 / 女

※英文診断書をご希望される場合は、氏名をローマ字（大文字）で記載してください。

NISSEKI TARO

生年月日

西暦 1984年5月1日

〒150-8935

ふりがな とうきょうと しぶやく ひろお

住所 東京都 渋谷区 広尾 4-1-22

※英文診断書をご希望される場合は、住所をローマ字（大文字）で記載してください。

TOKYO - TO SHIBUYA - KU HIROO

出身地 東京都 (ベルギー渡航のみ)

※検査結果・記載内容等の確認が必要な場合のご連絡先

携帯電話 090-0000-0000 一般電話 03-3400-1311

病院名を名乗ってよい 個人名での連絡希望（病院名を名乗らない）

	当院	持参
和文		
英文		
受領		

受領希望日 月 日

医師確認 月 日