

## 健康診断受診申込書

### Application for Health Examination

	検便容器・質問書の郵送を希望しますか。 <b>する・しない</b>	E/P用の健診希望 <b>あり・なし</b>																																										
受診日 Date of Exam	第1希望 First Choice ( 年 月 日 ) 第2希望 Second Choice ( 年 月 日 )	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 10%; text-align: center;">午前 AM</td> <td colspan="4" style="text-align: center;">標準検査</td> <td colspan="8" style="text-align: center;">特別審査</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">A</td> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">C</td> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">6</td> <td style="text-align: center;">7</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="vertical-align: top;">午後 PM</td> <td colspan="12" style="text-align: center;">追加検査や予防注射等のご希望をお書き下さい。</td> </tr> </table>		午前 AM	標準検査				特別審査										A	B	C	D	1	2	3	4	5	6	7	8		午後 PM	追加検査や予防注射等のご希望をお書き下さい。											
		午前 AM	標準検査				特別審査																																					
		A	B	C	D	1	2	3	4	5	6	7	8																															
	午後 PM	追加検査や予防注射等のご希望をお書き下さい。																																										
ローマ字 Romaji  <b>氏名</b> Name  漢字 Japanese	<b>姓 (Mr) (Mrs) (Ms) 名</b> -----   	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 10%; text-align: center;">男 M</td> <td style="width: 35%;">           生年月日            Date of Birth         </td> <td style="width: 50%;">           西暦            年 月 日            YY MM DD            ( 才 )         </td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">女 F</td> <td>           シンガポール            日本人会会員番号            Membership No.         </td> <td></td> </tr> </table>		男 M	生年月日 Date of Birth	西暦 年 月 日 YY MM DD ( 才 )		女 F	シンガポール 日本人会会員番号 Membership No.																																			
	男 M	生年月日 Date of Birth	西暦 年 月 日 YY MM DD ( 才 )																																									
	女 F	シンガポール 日本人会会員番号 Membership No.																																										
配偶者又は保護者名 Spouse's or Father's Name		パスポート番号 Passport No.																																										
日本側企業名 Name of Co. in Japan		何番目のお子様か○で囲んで下さい。 Birth Order 1 2 3 4																																										
現地事業所名 Name of Co. in S'pore																																												
事業所所在地 Present Co. Address	TEL: ----- FAX:																																											
現住所 Home Address	TEL: ----- FAX:																																											
メディカルレポート 送り先 Medical Report to be Sent to :	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">           現地事業所            Company         </td> <td style="width: 33%;">           自宅            Home         </td> <td style="width: 33%;"></td> </tr> <tr> <td>           その他            Others         </td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;"> <u>その他の送付先</u> </td> </tr> </table>		現地事業所 Company	自宅 Home		その他 Others			<u>その他の送付先</u>																																			
現地事業所 Company	自宅 Home																																											
その他 Others																																												
<u>その他の送付先</u>																																												
健康診断を含め、当診療所で受診した事がありますか。 ある ない  Have you been here for medical check-up or outpatient treatment ? Yes No	支払い方法 Form of Payment 現金 Cash 小切手 Cheque クレジットカード 会社払い Invoice (シンガポール国内のみ) 保険 Insurance ATTN To																																											
<b>お願い</b> この申込書は事前にFAX又は郵便にてご返送ください。 <ul style="list-style-type: none"> <li>・医療費のお支払いには日本人会会員カードは使用できません。</li> <li>・各会社への御請求書送付はシンガポール国内だけに限られます。</li> <li>・シンガポール国外からの受診者の支払いはシンガポールドルのキャッシュ及び小切手または各種クレジットカードでお願い致します。</li> <li>・お忙しい方はお支払いを会社ご請求にさせていただきますと、健診後、すぐにお帰り頂けます。</li> <li>・健康診断の前日には裏面の注意をお読み下さい。</li> </ul>																																												