|  |
| --- |
| 全て英文にてご記入ください。 |
| **1.　ご勤務先　Company Information** |
| 会社名 Company Name:  | 社員氏名 Employee Name: |
| 担当者 Contact Person:  | 担当者電話番号 Phone：　　 |
| 担当者 Email: |  |
| **2.　受診者　Applicant Information** |
| 氏名　Name:  | 男性 (Male)　　　 女性 (Female) |
| 検査コース名　Exam Package:  | 生年月日 DOB: 　　　　　　　年 　　 　 月　　　　　日 |
| 自宅住所　Mailing Address: |
|  City: State: Zip code:  |
| Cell Phone: | Work Phone: |
| Home Phone:  |   |
| Email Address: |
|   |
| **受診ご家族名　Family Members applying for Physical Exams:** |
| 氏名　Name:  |  生年月日 DOB:  |  性別(Sex) | コース (Exam Package) |
|   |  　　　　　　　　　年　 　月　　 日　　　　　　Male | Female |   |
|   | 　　　　　　　　　 年　 　月 　　日　　　　　　Male | Female |   |
|   |  　　　　　　　　　年　　 月 　　日　　　　　 Male | Female |   |
|   |  　　　　　　　　　年　 　月 　　日 Male | Female |   |
|   |  　　　　　　　 年　　 月　 　 日 Male | Female |   |
| **3. ご希望検査日時　Applicant Date Preferred:**  |
| 1st:　第一希望 | Date | Time | 8:30am 8:45am 9:00am |
| 2nd:　第二希望 | Date | Time | 8:30am 8:45am 9:00am |
| 3rd:　第三希望 | Date | Time | 8:30am 8:45am 9:00am |
| **4. お支払い方法　Billing Information:**  |
| ご希望の項目に印を付けてください。 |
| 〔 　〕　 全額会社請求 | Bill to the company | 名前(Print)： |
| 支払い責任者 | (Responsible Person) | サイン(Signature)： |
|   |
| 〔 　〕　 個人請求 | Bill to individuals | 名前(Print)： |
| 　支払い責任者 | (Responsible Person) | サイン(Signature)： |
|   |
| お申し込み用紙は、当クリニックまでFAX,郵送またはEmailにてお送り下さい。 |
| © Nihon Clinic San Diego, APC 3762 Clairemont Dr. San Diego, CA 92117 |
| TEL (858)560-8910 FAX (858)560-8011 Email sandiego@nihonclinic.com |

 **日本クリニック　サンディエゴ**

**健康診断（人間ドック）申込書**