|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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**