

財団法人三越厚生事業団 御中

財団法人三越厚生事業団
「第34回無料巡回健診」申込書

平成 年 月 日

法人名				印
実施施設名				
所在地	〒 TEL () FAX ()			
代表者名				
施設担当医師	医師勤務日数			日/週 日/月
入所者数		男性	女性	全体
	人数	名	名	名
	年齢構成	才 ~ 才	才 ~ 才	才 ~ 才
	最多年齢層	代	代	代
	寝たきり	名	名	名
希望実施時期	平成21年 月			
担当者	部署・役職		氏名	
	電話番号		FAX番号	
	E-mail		ホームページ	