**＜連絡事項＞**

**メールタイトル： 「相模野病院 健康診断受診希望」と記入してください。**

1. 希望受診日 　①（　　）月（　　）日 、　②（　　）月（　　）日 、　③（　　）月（　　）日

**（4/11~4/28のうち、第3希望日まで記載すること）**

1. 2022年度の学年（　　年）
2. 学籍番号（　　　　　　）
3. カナ氏名
4. 漢字氏名
5. 西暦　（　　　　　）年　（　　　）月　（　　　）日　生
6. 連絡先電話番号

（注意事項）

※予約枠の空きがなくなることがあります。予めご了承ください。

※空きがなくなり、受診日が5月以降になる場合の受診費用は自己負担となります。