

(様式 1)

## 日帰り人間ドック実施指定施設申請書

私は、全日本病院協会と健康保険組合連合会との契約による日帰り人間ドック実施指定施設の申請をいたします。

年 月 日

1. 施設名

(〒      ー      )

2. 住所

3. 代表者名

4. 担当専任医師氏名

5. 電話番号

6. FAX 番号

7. Eメールアドレス

8. 設立年月日

9. 診療科目

10. 人間ドック開始年月日

11. 全日本病院協会入会      有      ・      無      同時入会