

健康診断 受診申し込み
 当院担当 () 宛

下の各欄に、正しくご記入の上、Fax(782-3415) あてに送信してください。
 特にお名前フリガナは、ご本人にも一度ご確認をお願い致します。

事業所名		御社 ご担当		電話	-	-
住所	〒				Fax	-
希望健診コース	・企業健診（企業1コース¥6,600 ・ おすすめコース¥7,150 ・ 人間ドック①¥33,000 ・ 人間ドック②¥35,200） ・ その他（ ）					
※複数名受診で希望コースが異なる場合は、オプションの欄にご記入ください	※協会けんぽ生活習慣病予防健診をご希望の場合 ・ 協会けんぽへの申込書を添付してください。下記氏名欄へのご記入は不要です。 ・ 胃がん健診も受ける場合はバリウム、または胃カメラへの変更が可能です。備考欄にご希望内容を記入してください。どちらも希望しない場合は、「胃がん健診なし」とご記入ください。また、希望オプションがある場合も記入してください。 ・ 希望日があればご記入ください。「○月中の×曜日」「○月の第2週中」等、曖昧でも構いません。					
お支払方法	会社へ請求書を送付 ・ 当日支払 ・ その他（ ） ※「オプションだけ当日支払」等					
問診書等 発送先	会社 ・ その他（ ）					
結果 発送先	会社 ・ その他（ ）					

※希望日は「○月中の×曜日」「○月の第2週中」等、曖昧でも構いません

No	フリガナ 氏名	旧姓	性別	生年月日	オプション等	受診希望日
1			男・女	T S H 年 月 日		月 日 ・午前 ・午後
2			男・女	T S H 年 月 日		月 日 ・午前 ・午後
3			男・女	T S H 年 月 日		月 日 ・午前 ・午後
4			男・女	T S H 年 月 日		月 日 ・午前 ・午後
5			男・女	T S H 年 月 日		月 日 ・午前 ・午後
6			男・女	T S H 年 月 日		月 日 ・午前 ・午後
7			男・女	T S H 年 月 日		月 日 ・午前 ・午後
8			男・女	T S H 年 月 日		月 日 ・午前 ・午後
9			男・女	T S H 年 月 日		月 日 ・午前 ・午後
10			男・女	T S H 年 月 日		月 日 ・午前 ・午後

↑フリガナは正確をお願いします！！

勤医協 中央病院 健診課

TEL 011-782-9124

Fax 011-782-3415