

企業健診 申込書

フリガナ	※正式名称でご記入ください					
企業名						
ご担当者様 氏名				部署名		
ご担当者様 ご連絡先	住所	〒				
	電話			FAX		
希望人数						名
実施ご希望の 期間 (下表参照)	日程	月	日	～	月	日までの期間を希望
	日程	月	日	～	月	日までの期間を希望
健診結果 送付先	<input type="checkbox"/> ご担当者様 ご連絡先に同じ					
	<input type="checkbox"/> 上記以外 〒					
ご請求書 送付先	<input type="checkbox"/> ご担当者様 ご連絡先に同じ					
	<input type="checkbox"/> 上記以外 〒					
ご請求書 お支払い方法	<input type="checkbox"/> 現金 当日窓口払い (カード使用可)					
	領収書の宛名		<input type="checkbox"/> 会社名		<input type="checkbox"/> 健診者個人名	
	<input type="checkbox"/> お振込 ※会社宛てに請求書を発行いたします。領収書の発行はございません。					

※別紙の「企業健診名簿」にも必要事項を記載のうえ、FAX送信をお願いいたします。

※追加項目は、当院のホームページをご参照ください。

※実施人数・混雑状況から受入れ可能日時を調整し、確定日をFAXにて返信いたします。

健診可能時間帯	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日
午前 9:30～11:00	○	11:00～ 11:30	○	休診日	○	○
午後 2:00～ 3:00	○	○	○		○	×