

企業健診申込書

No.1

企業名	御中
住所	
電話番号	担当者名 様
FAX番号	担当者連絡先
支払方法 <input type="checkbox"/> 現金 <input type="checkbox"/> 銀行振込	指定の用紙 <input type="checkbox"/> ※有り <input type="checkbox"/> 無し
《健診結果送付先》	※有る場合はFAXをお願いいたします
〒 住所	TEL
《請求書送付先》	
〒 住所	TEL

※健診結果送付先・請求書送付先が企業名住所と同じ場合、同上とお書きください。

健診希望総人数 人

健診名簿

フリガナ		<input type="checkbox"/> 男	生 年 月 日
受診者名		<input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 西暦 年 月 日
健診希望候補日	① / ② / ③ /	備考 ※当院コース外の場合詳細をご記入ください	
健診内容	<input type="checkbox"/> 基本健診コース <input type="checkbox"/> Aコース <input type="checkbox"/> Bコース <input type="checkbox"/> Cコース <input type="checkbox"/> Fコース		
フリガナ		<input type="checkbox"/> 男	生 年 月 日
受診者名		<input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 西暦 年 月 日
健診希望候補日	① / ② / ③ /	備考 ※当院コース外の場合詳細をご記入ください	
健診内容	<input type="checkbox"/> 基本健診コース <input type="checkbox"/> Aコース <input type="checkbox"/> Bコース <input type="checkbox"/> Cコース <input type="checkbox"/> Fコース		
フリガナ		<input type="checkbox"/> 男	生 年 月 日
受診者名		<input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 西暦 年 月 日
健診希望候補日	① / ② / ③ /	備考 ※当院コース外の場合詳細をご記入ください	
健診内容	<input type="checkbox"/> 基本健診コース <input type="checkbox"/> Aコース <input type="checkbox"/> Bコース <input type="checkbox"/> Cコース <input type="checkbox"/> Fコース		
フリガナ		<input type="checkbox"/> 男	生 年 月 日
受診者名		<input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 西暦 年 月 日
健診希望候補日	① / ② / ③ /	備考 ※当院コース外の場合詳細をご記入ください	
健診内容	<input type="checkbox"/> 基本健診コース <input type="checkbox"/> Aコース <input type="checkbox"/> Bコース <input type="checkbox"/> Cコース <input type="checkbox"/> Fコース		

医療法人社団 渡辺内科医院

健康診断担当 看護師・河内／事務・佐野

TEL 025-525-1170／FAX 025-526-3393