

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	
F A X 番 号	担当者連絡先		
支 払 方 法	<input type="checkbox"/> 会計窓口	<input type="checkbox"/> 銀行振込	指 定 の 用 紙
< 健診結果送付先 >			<input type="checkbox"/> ※有り <input type="checkbox"/> 無し
〒 住所			TEL
< 請求書送付先 >			※有る場合はFAXをお願いいたします
〒 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

※IDは当院の診察券番号をご記入ください。
お持ちでなければ空欄で構いません。

※ I D		<input type="checkbox"/> 男	生 年 月 日
フリガナ		<input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 西暦 年 月 日
受診者名		備考※当院コース外の場合詳細をご記入ください	
健診希望日	① / / ② / / ③ / /		
	AM PM AM PM AM PM		
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		
※ I D		<input type="checkbox"/> 男	生 年 月 日
フリガナ		<input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 西暦 年 月 日
受診者名		備考※当院コース外の場合詳細をご記入ください	
健診希望日	① / / ② / / ③ / /		
	AM PM AM PM AM PM		
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		
※ I D		<input type="checkbox"/> 男	生 年 月 日
フリガナ		<input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 西暦 年 月 日
受診者名		備考※当院コース外の場合詳細をご記入ください	
健診希望日	① / / ② / / ③ / /		
	AM PM AM PM AM PM		
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		
※ I D		<input type="checkbox"/> 男	生 年 月 日
フリガナ		<input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 西暦 年 月 日
受診者名		備考※当院コース外の場合詳細をご記入ください	
健診希望日	① / / ② / / ③ / /		
	AM PM AM PM AM PM		
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