

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 <input type="checkbox"/> ※有り <input type="checkbox"/> 無し <small>※有りはFAXをお願いいたします</small>
結 果 受 取 方 法	<input type="checkbox"/> 会計窓口 <input type="checkbox"/> 郵送希望※	<small>※郵送の場合は諸経費として500円をいただいております</small>
《 健診結果送付先 》		
〒	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

※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
受診者名			<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 西暦 年 月 日
健診希望日	① / / ② / / ③ / / AM PM AM PM AM PM		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		
※ I D		<input type="checkbox"/> 男	生 年 月 日
フリガナ		<input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和
受診者名			<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 西暦 年 月 日
健診希望日	① / / ② / / ③ / / AM PM AM PM AM PM		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		
※ I D		<input type="checkbox"/> 男	生 年 月 日
フリガナ		<input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和
受診者名			<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 西暦 年 月 日
健診希望日	① / / ② / / ③ / / AM PM AM PM AM PM		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		
※ I D		<input type="checkbox"/> 男	生 年 月 日
フリガナ		<input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和
受診者名			<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 西暦 年 月 日
健診希望日	① / / ② / / ③ / / AM PM AM PM AM PM		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・橋立/事務・佐野

TEL 025-525-1170/FAX 025-526-3393