

半田市医師会連携企業健診申込書

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