

# 企業健診申込書

No.1

企 業 名	御中
住 所	
電 話 番 号	担 当 者 名
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。

※   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
			西暦            年            月            日
健診希望日	① /            /            /            /		備考※当院コース外の場合詳細をご記入ください
	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		
※   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
			西暦            年            月            日
健診希望日	① /            /            /            /		備考※当院コース外の場合詳細をご記入ください
	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		
※   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
			西暦            年            月            日
健診希望日	① /            /            /            /		備考※当院コース外の場合詳細をご記入ください
	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		
※   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
			西暦            年            月            日
健診希望日	① /            /            /            /		備考※当院コース外の場合詳細をご記入ください
	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・橋立/事務・佐野

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