

健診申込書 (定期健診)

健診機関名

美浜ホームクリニック・健診プラザ (TEL043-306-2611)

事業所情報

フリガナ		フリガナ	
事業所名称		担当者名	
事業所住所 郵便番号から		TEL	
		FAX	

FAX(043-279-4211)にてお申込みください。

※希望日はホームページ上の予約カレンダーをご確認ください。

※受付時間は返信時に空いている枠をご案内します。(10時~12時30分の間)

※午後(15時~17時)をご希望の場合は、要望欄に「午後」とご記載ください。

— コース一覧 —

- ※定期健診 ¥9900
- ※雇用時前健診 ¥9900
- ※簡易定期 ¥5400
- ※会社で組み立てる健診
会社指定の項目で行います。料金要相談

	フリガナ		生年月日	年齢	性別	本人住所(送付物がある場合)	コース	第1希望日	第2希望日	第3希望日	健診日 (確定)	要望(オプション等)
	氏	名										
1					男 女	〒						
2					男 女	〒						
3					男 女	〒						
4					男 女	〒						
5					男 女	〒						
6					男 女	〒						
7					男 女	〒						
8					男 女	〒						
9					男 女	〒						
10					男 女	〒						

問診票・キット送付について	会社へ郵送 ・ 個人宅へ郵送(住所入力必須) 窓口にて受け取り ・ 事前送付物不要
結果送付について	会社へ郵送 ・ 個人宅へ郵送(住所入力必須) ・ 窓口にて受け取り
お支払方法	窓口にてお支払い(領収書は個人名) ・ 窓口にてお支払い(領収書は会社名) 会社請求(オプション含む) ・ 会社請求(オプションは窓口払い)

事前送付物不要な方へ

↑○で囲って下さい

採尿と問診票記入は当院で行います。持ち物は、健康保険証をお持ちください。

注意事項は当院からの返信時にお伝えいたします。

請求書送付先情報

※請求書が本社へ請求など、異なる場合のみご記入ください。

フリガナ		フリガナ	
事業所名称		担当者名	
事業所住所	〒	TEL	
		FAX	