# 雇い入れ・定期健診　申込票

# 基　本　情　報

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **会社名:** | **受付日:** | **年　　　　月　　　　日** |

|  |
| --- |
| **受付者氏名:** |
| **住所：（〒　　　　‐　　　　　　）** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **代表番号：** |  | **携帯番号:** |

|  |
| --- |
| **メールアドレス：** |
| **担当者氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（内線番号：　　　　　　　）** |
| **希望する健診コース**1. **②　　　　　　③　　　　　　④　　　　　　⑤　　　　　※追加検査希望はメモへ**
 |
| **健診予定人数****人　　　　　　　　　　　※おおよその人数で構いません** |
| **健診希望日程****・****・****・****・** |
| **１日当たりの健診者数** | **人** |
| **健康診断報告書** | **□本人郵送　　　　※人数×100円の別途費用がかかります。****□会社郵送　　　　※社員様全員分をまとめて郵送（無償）****□当院にて受取** |

**お支払い方法 □銀行振込（月末締め、翌月末支払い）　　□窓口現金支払い**

## 追加のメモ

****

**TEL：098－989-7211　　FAX：098－989-7216**