

雇い入れ・定期健診 受付票

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	<input type="checkbox"/> 本人郵送 ※人数×100円の別途費用がかかります。 <input type="checkbox"/> 会社郵送 ※社員様全員分をまとめて郵送(無償) <input type="checkbox"/> 当院にて受取
お支払い方法	<input type="checkbox"/> 銀行振込(月末締め、翌月末支払い) <input type="checkbox"/> 窓口現金支払い
追加のメモ	



さくもと内科クリニック

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