

所沢診療所 【 健康診断申込書(事業所様用)FAX専用 】 TEL:04-2924-0121

FAX:04-2921-1349

事業所名

ご担当者様名:

ご住所 〒 -

電話番号

FAX番号

健診内容(コース)

予定者数 名

お支払い方法 当日個人払い ・ 後日会社へ請求(3名様より)

問診票等送付先 個人宅 ・ 会社へ一括

個人様用結果表送付先 個人宅 ・ 会社へ一括

事業所用結果表控え 必要 ・ 不要

*新規でお申込みの事業所様は、事前のご連絡をよろしくお願い致します。

*氏名は漢字とフリガナのご記入をお願い致します。 *全欄のご記入をお願い致します。

	フリガナ 受診者氏名	性別	生年月日	住所 (マンション名・部屋番号等も)	電話番号	健康診断 希望日		追加項目等
						第1希望	第2希望	
1	フリガナ	男・女	S・H・R	〒		月 日 AM ・ PM	月 日 AM ・ PM	
2	フリガナ	男・女	S・H・R	〒		月 日 AM ・ PM	月 日 AM ・ PM	
3	フリガナ	男・女	S・H・R	〒		月 日 AM ・ PM	月 日 AM ・ PM	
4	フリガナ	男・女	S・H・R	〒		月 日 AM ・ PM	月 日 AM ・ PM	
5	フリガナ	男・女	S・H・R	〒		月 日 AM ・ PM	月 日 AM ・ PM	
6	フリガナ	男・女	S・H・R	〒		月 日 AM ・ PM	月 日 AM ・ PM	
7	フリガナ	男・女	S・H・R	〒		月 日 AM ・ PM	月 日 AM ・ PM	
8	フリガナ	男・女	S・H・R	〒		月 日 AM ・ PM	月 日 AM ・ PM	
9	フリガナ	男・女	S・H・R	〒		月 日 AM ・ PM	月 日 AM ・ PM	
10	フリガナ	男・女	S・H・R	〒		月 日 AM ・ PM	月 日 AM ・ PM	