

〈企業健診申込書〉

下記の用紙に必要事項を記載のうえ、FAXにてお申し込みください。

FAX 0587-97-8301

おおこうち内科クリニック

〒495-0015 愛知県稲沢市祖父江町桜方上切 6-7 TEL 0587-97-8300

貴社記入・確認欄

					申込日	年	月	日
会社名					担当課			
会社住所	〒 (-)				連絡先	TEL		
						FAX		

※健診種別の欄の該当する健診に○をつけ、受診人数をご記入ください。

その他の健診、オプション検査を希望する場合は、追加項目欄へご記入してください。

健診種別	値段	受診人数	対象者	健診項目
定期健診① (健診F)	¥3,500		34歳以下及び36歳から39歳の方	問診、身長、体重、腹囲、視力、聴力、胸部X線、 血圧、尿
定期健診② (健診A)	¥8,500		35歳及び40歳以上の方	問診、身長、体重、腹囲、視力、聴力、胸部X線、 血圧、貧血、肝機能、血中脂質、血糖、尿、心電図
雇入健診 (健診A)	¥8,500		雇い入れの方	問診、身長、体重、腹囲、視力、聴力、胸部X線、 血圧、貧血、肝機能、血中脂質、血糖、尿、心電図
その他健診 追加項目				

●確認事項 該当にを記入、又は必要事項を記載してください。

健康診断書用紙	様式	<input type="checkbox"/> 当院様式(指定なし) <input type="checkbox"/> 手書き用紙(貴社独自様式)		
	枚数	<input type="checkbox"/> 1部 <input type="checkbox"/> 2部(1名につき¥1,000頂戴いたします)		
支払方法	<input type="checkbox"/> 窓口にて支払	<input type="checkbox"/> 事前 <input type="checkbox"/> 受診日当日 <input type="checkbox"/> 全員終了後		
	<input type="checkbox"/> 会社へ請求	請求書郵送時期	<input type="checkbox"/> 事前 <input type="checkbox"/> 全員終了後	
	請求書送付先	〒		
	<input type="checkbox"/> 上記住所 <input type="checkbox"/> 上記住所以外			
健康診断書送付先	<input type="checkbox"/> 上記住所 <input type="checkbox"/> 上記住所以外	〒		

※貴社への結果報告については、法定外項目を含め、受診者の同意を得たものと判断いたします。

健康診断書は入金確認後、全て貴社へ送付いたします。

別紙予約者名簿もご記入のうえ、FAXをお願いいたします。