

# 〈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		ご担当者		
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	人数	対象者	健診項目
定期健診① (健診B)	¥6,600		34歳以下及び36歳から39歳の方	問診、身長、体重、腹囲、血圧、視力、聴力、胸部X線、尿
定期健診② (健診A)	¥13,200		35歳及び40歳以上の方	問診、身長、体重、腹囲、血圧、視力、聴力、胸部X線、尿、血液(貧血、肝機能、脂質、血糖)、心電図
雇入健診 (健診A)	¥13,200		雇い入れの方	問診、身長、体重、腹囲、血圧、視力、聴力、胸部X線、尿、血液(貧血、肝機能、脂質、血糖)、心電図
健診C	¥4,400			問診、身長、体重、腹囲、血圧、視力、聴力、尿
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枚につき¥2,200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。