

## 健康診断申込書

お申込日 平成 年 月 日

事業所名	フリガナ		
事業所所在地	〒 —		
電話番号	( )	FAX番号	( )
担当部署	担当者様名		フリガナ

◎ご請求書送付先 ※事業所所在地と異なる場合のみご記入下さい。

送付先の名称			
送付先住所	〒 —		
電話番号	( )	送付先担当者様名	

お申込内容	健診コース	定期健診1	定期健診2	雇入時健診	生活習慣病 予防健診	人間ドック検査 日帰りコース	人間ドック検査 1泊2日コース	その他
	健診料金	¥5,000	¥11,500	¥11,500	¥28,000	¥45,000	¥63,000	
	お申込人数	名	名	名	名	名	名	名

※表記料金はすべて税別とさせていただきます。

◎報告書様式 ※貴社ご指定の報告書様式がございましたらご記入下さい。

報告書様式	
-------	--

## お申込受付

◎お申込は、別紙「申込受診者名簿」にご記入の上、本用紙（健康診断申込書）と共に、下記FAX番号まで送信下さい。

銀座医院 健康管理センター FAX

03—3541—1194

# 申込受診者票

事業所名	
------	--

受診希望日	受診者名	性別	生年月日(和暦)	健診コース	備考	受診決定日 当院記入欄
平成 年 月 日 ( ) 午前・午後	フリガナ	男・女	大正・昭和・平成 年 月 日			平成 年 月 日 ( ) 午前・午後
平成 年 月 日 ( ) 午前・午後	フリガナ	男・女	大正・昭和・平成 年 月 日			平成 年 月 日 ( ) 午前・午後
平成 年 月 日 ( ) 午前・午後	フリガナ	男・女	大正・昭和・平成 年 月 日			平成 年 月 日 ( ) 午前・午後
平成 年 月 日 ( ) 午前・午後	フリガナ	男・女	大正・昭和・平成 年 月 日			平成 年 月 日 ( ) 午前・午後
平成 年 月 日 ( ) 午前・午後	フリガナ	男・女	大正・昭和・平成 年 月 日			平成 年 月 日 ( ) 午前・午後
平成 年 月 日 ( ) 午前・午後	フリガナ	男・女	大正・昭和・平成 年 月 日			平成 年 月 日 ( ) 午前・午後
平成 年 月 日 ( ) 午前・午後	フリガナ	男・女	大正・昭和・平成 年 月 日			平成 年 月 日 ( ) 午前・午後
平成 年 月 日 ( ) 午前・午後	フリガナ	男・女	大正・昭和・平成 年 月 日			平成 年 月 日 ( ) 午前・午後
平成 年 月 日 ( ) 午前・午後	フリガナ	男・女	大正・昭和・平成 年 月 日			平成 年 月 日 ( ) 午前・午後
平成 年 月 日 ( ) 午前・午後	フリガナ	男・女	大正・昭和・平成 年 月 日			平成 年 月 日 ( ) 午前・午後