

法定健診・雇入時健診申込書

■ 健診費用のお支払方法をお知らせ下さい（下記のいずれかの□に✓）

- ①全額会社請求（後日ご請求書を送付） ②全額窓口払い
③項目ごとに支払い方法が異なる ※会社請求対象の項目にチェックを入れてください
法定健診・雇入れ健診
その他

■ 各送付先をお知らせください（下記のいずれかの□に✓）

- 案内状・検査キット 自宅 会社
 健康診断結果報告書 自宅 会社
 請求書 自宅 会社

事業所所在地 〒
事業所名称
電話番号
FAX番号
担当者様名

※請求書・結果報告書の送付先が異なる場合は下記特記事項に事業所名称・住所をご記入ください

特記事項

受診希望日 ①	受診希望日 ②	フリガナ 氏名	性別	生年月日	希望する健診の いずれかを○で囲んで下さい	備考 追加オプション・時間帯希望など
月 日	月 日		男 女	昭 平	年 月 日	法定健診 A・B・C・雇入
月 日	月 日		男 女	昭 平	年 月 日	法定健診 A・B・C・雇入
月 日	月 日		男 女	昭 平	年 月 日	法定健診 A・B・C・雇入
月 日	月 日		男 女	昭 平	年 月 日	法定健診 A・B・C・雇入
月 日	月 日		男 女	昭 平	年 月 日	法定健診 A・B・C・雇入
月 日	月 日		男 女	昭 平	年 月 日	法定健診 A・B・C・雇入
月 日	月 日		男 女	昭 平	年 月 日	法定健診 A・B・C・雇入
月 日	月 日		男 女	昭 平	年 月 日	法定健診 A・B・C・雇入
月 日	月 日		男 女	昭 平	年 月 日	法定健診 A・B・C・雇入
月 日	月 日		男 女	昭 平	年 月 日	法定健診 A・B・C・雇入

※子宮がん検診は下記の曜日・時間帯のみ受診可能です。

静和記念病院 健診センター 担当：

TEL 011-738-7100 FAX 011-738-7057

午前・・・毎週火曜、木曜 第1、2週目の金曜 午後・・・第3、4、5週目の金曜