

法定健診申込書

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会社請求（後日ご請求書を送付） ☐②当日窓口払い

☐③追加オプションのみ当日窓口払い ☐④その他〔 〕

特記事項

事業所所在地 下

事業所名称

電話番号

FAX番号

ご担当者様名

[illegible]

静和記念病院 健診センター 担当：

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