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　〒

事業所名称

電話番号

FAX番号

ご担当者様名

ID (記入不要)	フリガナ 氏　名	性別	生年月日	希望する健診のいずれかを〇で囲んで下さい	オプション検査のご希望があればご記入ください	受診希望日①	受診希望日②
		男・女	昭・平　年　月　日	法定健診 **A**・**B**・**C**		月　日	月　日
		男・女	昭・平　年　月　日	法定健診 **A**・**B**・**C**		月　日	月　日
		男・女	昭・平　年　月　日	法定健診 **A**・**B**・**C**		月　日	月　日
		男・女	昭・平　年　月　日	法定健診 **A**・**B**・**C**		月　日	月　日
		男・女	昭・平　年　月　日	法定健診 **A**・**B**・**C**		月　日	月　日
		男・女	昭・平　年　月　日	法定健診 **A**・**B**・**C**		月　日	月　日
		男・女	昭・平　年　月　日	法定健診 **A**・**B**・**C**		月　日	月　日
		男・女	昭・平　年　月　日	法定健診 **A**・**B**・**C**		月　日	月　日
		男・女	昭・平　年　月　日	法定健診 **A**・**B**・**C**		月　日	月　日
		男・女	昭・平　年　月　日	法定健診 **A**・**B**・**C**		月　日	月　日

静和記念病院　健診センター　担当：　　TEL　011-738-7100　FAX　011-738-7117