

健康診断申込書

		お申込日	令和	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	会社健診A	会社健診B	雇入時健診	美容室健診	入学受験	塾アルバイト	その他
	健診料金	¥8,000	¥9,000	¥4,000	¥3,500	¥3,500	¥3,500	
	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。

西北診療所 FAX

03-3203-5664