

健康診断・FAX 申込書

年 月 日

① 申込者		企業ご記入欄（企業申し込みの場合はご記入ください。）		
フリガナ		フリガナ		
氏名		会社名		
ご住所 〒		電話番号 ()		
都道	区市			
府県	町村			
② ご希望の健康診断コースに✓を付けて下さい。				
<input type="checkbox"/> 企業1 ・ <input type="checkbox"/> 企業2 ・ <input type="checkbox"/> III方式				
③ 追加検査をご希望の方は、ご希望されます検査内容をご記入ください。				
④ 指定の健診結果記入用紙(様式)有無（ある場合は添付してください。）				
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
⑤ 健康診断希望日(第1希望から第2希望日まで異なる日付をご記入ください。)				お申込み人数
(火曜日は健康診断を行っておりません。)				
第1希望日:	年	月	日	人
第2希望日:	年	月	日	
⑥ 複数名申し込む場合にご記入ください。				
フリガナ 氏名	性別	生年月日	年齢	申込みコース
	男・女	昭和 平成 年 月 日	歳	企業1 ・ 企業2 ・ III方式
	男・女	昭和 平成 年 月 日	歳	企業1 ・ 企業2 ・ III方式
	男・女	昭和 平成 年 月 日	歳	企業1 ・ 企業2 ・ III方式
	男・女	昭和 平成 年 月 日	歳	企業1 ・ 企業2 ・ III方式
	男・女	昭和 平成 年 月 日	歳	企業1 ・ 企業2 ・ III方式

※ 申込み受領・詳細事項の確認のため、後日 お申込み頂いた方へお電話にてご連絡させていただきます。

※ 健康診断希望日・追加検査など必ずしもご希望に添えない場合がございます。予めご了承の程、宜しくお願いいたします。

FAX 022 (255) 5581