

健診申込書（企業用）

FAX 078-797-7501

かわと内科・循環器内科クリニック宛

FAX 受信後、翌日までに確認のご連絡をいたします。

数日しても連絡がない時は一度お電話ください。（TEL078-797-7511）

			申込日	年	月	日
会社名		担当者名				
会社住所		連絡先	TEL	-	-	
			FAX	-	-	

受診者名前	フリガナ	性別	生年月日	年齢	第1希望日	第2希望日	健診コース
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> H . .		/ <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> M	/ <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> H . .		/ <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> M	/ <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> H . .		/ <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> M	/ <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> H . .		/ <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> M	/ <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> H . .		/ <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> M	/ <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> H . .		/ <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> M	/ <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> H . .		/ <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> M	/ <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> H . .		/ <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> M	/ <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> H . .		/ <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> M	/ <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2

健康診断書用紙	<input type="checkbox"/> 貴社様式あり <input type="checkbox"/> 当院様式
支払方法	<input type="checkbox"/> 窓口にて支払い（ <input type="checkbox"/> 事前 <input type="checkbox"/> 健診当日 <input type="checkbox"/> 全員終了後） <input type="checkbox"/> 会社へ請求
結果通知	<input type="checkbox"/> 本人へ渡す（Aコースは当日・Bコース血液検査は後日） <input type="checkbox"/> 本人へ説明せず、会社へ送付

貴社への結果報告は、受診者の同意を得たものとします。