

健康診断ご担当者様

当院への健康診断のご依頼を賜り、誠にありがとうございます。
申込に際し確認事項がございますので、お手数ですが下記事項について、ご記入・□欄にチェックを入れてFAXにてお申込み下さい。
日程を調整して担当より、後日ご連絡致します。

A 基本情報について (問診、結果、請求の送付先)

フリガナ			
会社名			
事業所住所	〒		
TEL		部署	
FAX		ご担当者名	

B ご請求について

基本健診	<input type="checkbox"/> 会社請求	<input type="checkbox"/> 当日窓口支払	<input type="checkbox"/> その他()
乳がん・子宮頸がん	<input type="checkbox"/> 会社請求	<input type="checkbox"/> 当日窓口支払	<input type="checkbox"/> その他()
結果控え	<input type="checkbox"/> 必要	<input type="checkbox"/> 不要	※控え発行には、ご本人様の同意書が必要となります。

D コース内容価格について ※料金は全て税込です

コース	価格	コース	価格
①一般健診自費	19,635円	⑤乳がん検診 (40歳～49歳)	5,720円
②定期健診 (採血、心電図あり) ※雇入時	11,330円	⑥乳がん検診 (40歳～49歳以外)	3,630円
③夜勤者健診 (胸部X線なし)	9,460円	⑦子宮頸がん検診	3,850円
④人間ドック	39,600円	※その他 特殊健診も実施できます。お問い合わせください。	

C ご希望健診時期・曜日について

希望時期	<input type="checkbox"/> 4月 <input type="checkbox"/> 5月 <input type="checkbox"/> 6月 <input type="checkbox"/> 7月 <input type="checkbox"/> 8月 <input type="checkbox"/> 9月 <input type="checkbox"/> 10月 <input type="checkbox"/> 11月 <input type="checkbox"/> 12月 <input type="checkbox"/> 1月 <input type="checkbox"/> 2月 <input type="checkbox"/> 3月								
希望の曜日	<input type="checkbox"/> 平日 <input type="checkbox"/> 土曜日					【受診出来ない日	】	一日最大受診可能人数	人

E ご予定者について

保険者証番号	健康保険証の記号	フリガナ 氏名	性別	生年月日	コース(○で囲んでください)	希望日
				昭・平 年 月 日	一般自費 定期健診 夜勤者 乳がん 子宮頸がん 人間ドック (胃カメラ バリウム)	/
				昭・平 年 月 日	一般自費 定期健診 夜勤者 乳がん 子宮頸がん 人間ドック (胃カメラ バリウム)	/
				昭・平 年 月 日	一般自費 定期健診 夜勤者 乳がん 子宮頸がん 人間ドック (胃カメラ バリウム)	/
				昭・平 年 月 日	一般自費 定期健診 夜勤者 乳がん 子宮頸がん 人間ドック (胃カメラ バリウム)	/
				昭・平 年 月 日	一般自費 定期健診 夜勤者 乳がん 子宮頸がん 人間ドック (胃カメラ バリウム)	/
				昭・平 年 月 日	一般自費 定期健診 夜勤者 乳がん 子宮頸がん 人間ドック (胃カメラ バリウム)	/

※6名様以上の場合はお手数ですが、コピーしてご利用ください。